

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE LEPTOSPIROSIS

Servicio Departamental de Salud		
Red de Salud	Municipio	Establecimiento de Salud

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
Nombre	Ocupación	Sexo Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	Edad
Procedencia del caso			
Dirección	Localidad	Municipio	
Fecha de notificación			

CARACTERISTICAS CLINICAS									
Fecha inicio de síntomas:									
Fiebre mayor a 38 grados	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Oliguria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cefalea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Anuria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Mialgias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Petequias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Nauseas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hemoptisis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vómitos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Hematemesis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Melena	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Irritación conjuntival	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Disnea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Irritación meníngea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Ictericia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS				
En los últimos 30 días se ha bañado en aguas estancadas o tuvo contactos con ellas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
En los últimos días ha realizado limpieza de tanques de agua	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se ha incrementado la población de roedores en su comunidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MEDIDAS DE PROTECCION				
Durante el trabajo diario utiliza usted:				
Guantes de goma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Botas de goma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LABORATORIO				
Se tomó muestra para laboratorio				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Tipo de muestra	Fecha 1ra m	Fecha 2da M	Fecha de envío	Resultado
Suero				
Orina				
Nombre del Profesional en Salud			Firma	