



FICHA DE INVESTIGACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CARRIÓN
BARTONELOSIS _____

ESTABLECIMIENTO: _____ N° HIST. CLÍNICA: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____ FECHA ENCUESTA: ___/___/___

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE: _____

EDAD: _____ años _____ meses SEXO: Masc. () Femen. ()

Gestante: Si () No () FUR: ___/___/___ Edad Gestacional: _____ sem

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Localidad: _____

TIEMPO DE RESIDENCIA: _____ OCUPACION: _____

Viaje a localidades o comunidades vecinas durante 1998

Fecha de viaje ___/___/___ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

Fecha de viaje ___/___/___ Lugar: _____ Tiempo permanencia: _____

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ___/___/___ FECHA INGRESO AL ESTUDIO: ___/___/___

T.E.: F.I.: Curso: O DE DIAGNOSTICO

SINTOMAS: (Marque con una X si el paciente refiere los siguientes síntomas)

Fiebre ()	Nauseas ()	Polipnea ()
Palidez ()	Vómitos ()	Tos ()
Cefalea ()	Hiporexia ()	Expectoración ()
Malestar general ()	Dolor abdominal ()	Dolor torácico ()
Mialgias ()	Hematoquesia ()	Disnea ()
Dolor articular ()	Melena ()	Cianosis ()
Astenia ()	Diarrea ()	Convulsiones ()
Prurito ()	Ictericia ()	Inyección conj. ()
Petequias ()	Disuria ()	Epistaxis ()
Equimosis ()	Polaquiuria ()	Cong.faringea ()
Escalofríos ()	Coluria ()	Odinofagia ()
Mareos ()	Epigastralgia ()	Fotofobia ()
Verrugas ()	Somnolencia ()	Exitac.psicom. ()
Lumbalgia ()		

FUNCIONES VITALES:

Temperatura:°C P.A: ___/___ F.R.: _____ Pulso: _____ Peso: _____Kg

SIGNOS:

GENERALES:	Si	No		Si	No
Lúcido	()	()	Estado general	(B)	(R) (M)
Orientado en tiempo	()	()	Estado de nutrición	(B)	(R) (M)
Orientado en espacio	()	()	Estado de Hidratación	(B)	(R) (M)
Orientado en persona	()	()			

PIEL:

Palidez: () Leve: () Moderada: () Severa: ()

Petequias: () Localización:

Equimosis: () Localización:

Lesiones eruptivas:

	N°	LOCALIZACION (colocar el numero en el paréntesis)				
Miliares	___	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. ()	Ext.Infer. () Sangrante ()
Mulares	___	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. ()	Ext.Infer. () Sangrante ()
Nodulares	___	Cara ()	Cuello ()	Tronco ()	Ext.Super. ()	Ext.Infer. () Sangrante ()

Observaciones:

TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Sin alteraciones	()		
Edema	()		
Miembros inferiores	()	Palpebral ()	Otro: _____
Miembros superiores	()	Lumbosacro ()	

GANGLIOS LINFATICOS:

Axilares:	N°	___	Tamaño: ___ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Inguinales:	N°	___	Tamaño: ___ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Cervicales:	N°	___	Tamaño: ___ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()
Epitrocleares:	N°	___	Tamaño: ___ mm	Móviles: ()	Dolorosos ()

CABEZA:

Conjuntivas:	Pálidas ()	Leve: (+/+++)	Moderada: (+/+++)	Severa: (+++/+)
Escleróticas:	Ictericas ()	Leve: (+/+++)	Moderada: (+/+++)	Severa: (+++/+)
Inyección conjuntival	()			
Pupilas:	CIRLA ()	Otros:		

BOCA: Mucosa oral:

Faringe:	Normal ()	Congestiva ()		
-Amígdalas	Normales ()	Hipertroficas ()	Otros:	
	Congestivas ()	Purulentas ()		

OSTEOMUSCULAR:

Tono muscular:

Mialgias:

Lumbar ()	Dorsal ()	Brazos ()	Otros:
Muslos ()	Pantorrillas ()	Antebrazos ()	

Dolor articular

Hombro ()	Codos ()	Muñeca ()	Otros:
Cadera ()	Rodillas ()	Tobillos ()	

Artritis:

APARATO RESPIRATORIO:

Murmullo vesicular:

Soplos: ()

Crepitantes ()

Subcrepitantes ()

Sibilantes ()

Otros:

APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardiacos:

Soplos:

Otros:

APARATO GASTROINTESTINAL:

Ruidos hidroaéreos:

Hígado:

Bazo:

Otros:

GENTOURINARIO:

Puntos renoureterales:

Percusión lumbar:

Edemas:

Otros:

NEUROLOGICO:

Estado de conciencia:

Pares craneales:

Convulsiones: ()

Babinsky: ()

Signos meningeos:

ROT: ()

Sensibilidad:

Signos de focalización:

Otros:

HOSPITALIZADO: a) Si () b) No ()

Fecha de hospitalización: ___/___/___ Días de hospitalización: _____

CONDICION DE ALTA:

a) Curado () c) Transferido () e) Fallecido ()

b) Mejorado () d) Alta voluntaria ()

DIAGNÓSTICO CONSULTA EXTERNA O INGRESO: **DIAGNÓSTICO DE ALTA** (Solo sí fue hospitalizado)

1.- _____

1.- _____

2.- _____

2.- _____

3.- _____

3.- _____

EVOLUCION:

SIGNO	FECHA: Mes: Año:.....											
Temperatura												
Hemoglobina												
Hematocrito												
Transfusiones (U)												
Frotis												
Hemocultivo (*)												

Antibióticos																			
Penicilina ()																			
Cloranfenicol ()																			
Rifampicina ()																			
Ciprofloxacina()																			
Eritromicina ()																			
Cotrimoxazol ()																			
Ceftriaxona ()																			
Otros																			

(*) Indicar si se tomó muestra ya que el resultado del cultivo demora hasta 40 días

() Colocar la dosis del antibiótico dentro del paréntesis

EXAMEN AUXILIAR	Mes..... Año:															
Grupo sanguíneo																
Plaquetas																
Hematies																
TGO																
TGP																
Fosfatasa alcalina																
Bilirrubina directa																
Bilirrubina Indirecta																
Bilirrubina total																
Urea																
Glucosa																
Creatinina																
Leucocitos totales																
Segmentados																
Abastionados																
Linfocitos																
Monocitos																
Eosinofilos																
Basófilos																
Blastos																
Aglutinaciones: Tífico " O "																
Tífico " H "																
Paratífico A																
Paratífico B																
Brucellas																