



## ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HIDATIDOSIS

### DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Declarante: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Punto de declaración \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: \_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
SIP: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años [ ] meses [ ] días [ ] Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa (Colegio): \_\_\_\_\_  
Sección (curso/aula): \_\_\_\_\_ Dirección empresa (Colegio) \_\_\_\_\_  
Municipio (empresa/colegio): \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Paciente extranjero: Sí [ ] Año llegada \_\_\_\_\_ Fecha llegada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ País nacimiento \_\_\_\_\_  
No [ ]  
Observaciones: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Órganos afectados: Hígado [ ] Pulmón [ ] Bazo [ ] Riñón [ ] Cerebro [ ] Médula ósea [ ]  
Otros [ ]: Especificar \_\_\_\_\_  
Sintomatología: \_\_\_\_\_  
Complicaciones: Sí [ ] No [ ] (Citar): \_\_\_\_\_ Desconocido [ ]  
Intervención quirúrgica previa por hidatidosis:  
Sí [ ] No [ ] Fecha de intervención: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Desconocido [ ]  
Ingreso en hospital: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Centro \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Situación evolutiva: Caso Nuevo [ ] Reactivación [ ] Desconocido [ ]  
Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar \_\_\_\_\_  
Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Otra [ ] Especificar \_\_\_\_\_ Desconocida [ ]

**DATOS LABORATORIO**

| Prueba de diagnóstico: | Positivo | Negativo | No Realizado | Pendiente | Dudoso | Desconocido |
|------------------------|----------|----------|--------------|-----------|--------|-------------|
| Rx                     | [ ]      | [ ]      | [ ]          | [ ]       | [ ]    | [ ]         |
| Ecografía              | [ ]      | [ ]      | [ ]          | [ ]       | [ ]    | [ ]         |
| TAC                    | [ ]      | [ ]      | [ ]          | [ ]       | [ ]    | [ ]         |
| Resonancia             | [ ]      | [ ]      | [ ]          | [ ]       | [ ]    | [ ]         |

**Serología:**

|              | Fecha       | Técnica | Resultado/Título |
|--------------|-------------|---------|------------------|
| 1ª Serología | ___/___/___ |         |                  |
| 2ª Serología | ___/___/___ |         |                  |

**Visualización directa:**

Sí [ ] No [ ] No realizado [ ] Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Muestra: Pendiente [ ] Dudoso [ ] Desconocido [ ]

Otras técnicas: (especificar técnica, resultado y fecha): \_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

CASO: Pertenece a BROTE [ ] Caso aislado [ ] Agregación [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]  
IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE CASO: Autóctono [ ] Importado [ ] País \_\_\_\_\_  
Extracomunitario [ ] C. Autónoma \_\_\_\_\_ Pendiente [ ] Desconocido [ ]

CLASIFICACIÓN CASO:  
Probable [ ] Confirmado [ ] Error Diagnóstico [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

**IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO:**

**CONTACTO PRÓXIMO CON PERROS:** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

**APTITUD:**

PERRO PASTOR OVINO Sí [ ] No [ ] Des [ ] PERRO PASTOR OTROS Sí [ ] No [ ] Des [ ]  
PERRO COMPAÑÍA Sí [ ] No [ ] Des [ ] PERRO CAZA Sí [ ] No [ ] Des [ ]

DESPARASITA A SU PERRO FRENTE A LA "HIDATIDOSIS": Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

¿Cuántas veces al año?:

**ALIMENTACIÓN DEL PERRO:**

VÍSCERAS CRUDAS [ ] VÍSCERAS COCIDAS [ ]

OTROS ALIMENTOS COCINADOS Y/O PIENSO [ ]

**HÁBITOS HIGIÉNICO - CULINARIOS EN LA ALIMENTACIÓN FAMILIAR****TRATAMIENTO DE VERDURAS, HORTALIZAS Y FRUTAS:**

LAVADO AL CHORRO DEL GRIFO Sí [ ] No [ ] Des [ ]

REMOJO EN RECIPIENTE Sí [ ] No [ ] Des [ ]

REMOJO CON UNAS GOTAS DE LEJÍA Sí [ ] No [ ] Des [ ]

OTROS (Especificar) Sí [ ] No [ ] Des [ ]

Observaciones: \_\_\_\_\_