



**Gobierno Provincial**

Ministerio de Salud Pública

PSITACOSIS

**PTA**

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre:			D.N.I.:		
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono:	Localidad:		
Domicilio:			Departamento:		
Establecimiento Notificador:			Provincia:		
			Fecha de Notificación: / /		

**2. DATOS CLÍNICOS**

Fecha de Inicio de los Síntomas: / /	← Dato Importante para acciones de vigilancia
Fecha de consulta: / /	

Ambulatorio:  Hospitalizado:

Signos Generales (Marcar con "X")		Signos Pulmonares	Signos Neurológicos
Astenia	Náuseas	Disnea	Est. Confusional
Anorexia	Vómitos	Estertores	Delirios
Fiebre	Diarrea	Soplo	Insomnio
Cefalea	Bradicardia	Tos	Sind. Meníngeo
Mioartralgia	Pulso...../Min	Espectoración	
Angina	Hetatoesplenomegalia	Neumonía	

Radiología: \_\_\_\_\_  
Otros Signos y observaciones: \_\_\_\_\_

**Tratamiento**

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Duración de la enfermedad: \_\_\_\_\_ Cuadro Clínico:  Leve:  Moderado:  Grave:

**3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (Desde 15 días antes del inicio de la enfermedad)**

¿Estuvo en contacto con... Aves sanas?  SI  NO Aves enfermas?  SI  NO  
¿Dónde?  Isla  Casa  Campo  
Otro: \_\_\_\_\_  
¿La compró o se lo regalaron?  ¿Quién? \_\_\_\_\_  
¿Estuvo en contacto con personas enfermas de psitacosis?   
¿Quiénes? \_\_\_\_\_  
Otros datos importantes: \_\_\_\_\_  
Notificación a autoridades sanitarias de: \_\_\_\_\_ Fecha: / /  
Medidas adoptadas: \_\_\_\_\_

**4. EXÁMENES DE LABORATORIO (Serología)**

Técnica	1° Muestra		2° Muestra	
	Fecha	Título	Fecha	Título
Fijación de Complemento	/ /		/ /	
Inmunofluorescencia IgG	/ /		/ /	
Inmunofluorescencia IgM	/ /		/ /	

**5. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Curado  En observación  Fallecido  Desconocido

- Vigilancia clínica y serológica del grupo familiar y/o personas de igual riesgo
- Investigar contactos y fuentes de infección
- Eutanizar aves sospechosas

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_