



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

PSITACOSIS

PTA

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____
 Edad: _____ Sexo: M 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	Bradycardia	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: _____