FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN.
CASOS DE RICKETTSIOSIS

Toda persona que presente factor de riesgo (viaje a zonas endémicas, picadura de insectos o garrapatas) y que presente fiebre y 1 o más de los siguientes hallazgos clínicos: exantema, escara, cefalea, mialgia, anemia, trombocitopenia, pruebas hepáticas alteradas.

1- DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____

Fecha de nacimiento: / / Edad ____ Sexo F M RUT N° ____

Domicilio _____

Comuna _____ S. Salud _____ Región _____

Zona: Urbana ____ Rural ____ Tel. ____ Correo _____

Ocupación _____ Dirección trabajo o escuela _____

2- ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Condiciones de vida ____ Urbano ____ rural

En los 30 días previos al inicio de síntomas:

¿Realizó actividades laborales en ambientes silvestre o rurales? SI NO ¿Dónde? _____

¿Realizó a Camping o Trekking en zonas silvestres o rurales? SI NO ¿Dónde? _____

¿Tuvo contacto con leña o vegetación? SI NO ¿Dónde? _____

Indique fecha del evento de riesgo identificado _____

Antecendentes de viajes fuera de la región o de Chile SI NO ¿Dónde? _____

Detalle fecha del viaje y actividad de riesgo _____

3- ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INICIO

Fecha inicio síntomas / / Fecha 1° consulta / / Ambulatorio SI NO Hospitalizado SI NO

Signos y síntomas

Fiebre ____ T° max. ____ No cuantificada ____ Fecha inicio / / Duración ____ días

Exantema ____ Localización _____ Fecha inicio / /

Tipo de exantema _____ Foto-documentación SI NO

Antecedentes de escara (lesión necrótica localizada)

SI NO Fecha de inicio / / Foto-documentación SI NO Diámetro _____

Ubicación _____

Otros signos y síntomas

Calofríos	____	Sudoración nocturna	____	Alteraciones auditivas	____	
Odinofagia	____	Tos	____	Alteracion de conciencia	____	Describir _____
Artralgias	____	Dolor abdominal	____	Hepatomegalia	____	
Mialgias	____	Diarrea	____	Esplenomegalia	____	Ubicación _____
Cefalea	____	Conjuntivitis	____	Linfoadenopatías	____	

4- DATOS DE LABORATORIO

	Valor/Fecha		Valor/Fecha
Hto/Hemoglobina	_____	GOT	_____
Globulos Blancos	_____	GPT	_____
Plaquetas	_____	PCR	_____

Envío a ISP SI NO Fecha / /

Envío a PUC SI NO Fecha / /

Tubo Rojo	SI	NO	Biopsia	SI NO
Tubo Lila	SI	NO	Escara	SI NO
Costra	SI	NO	Hisopado	SI NO

Observaciones: _____

5- DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación / / Nombre del Notificante _____

Establecimiento de salud _____ Correo del notificante _____

Region _____ Comuna _____

PARTE II: DIAGNOSTICO AL MOMENTO DE LA PRIMERA MUESTRA E INVESTIGACION DEL CASO

DIAGNÓSTICO

Tifus de los matorrales | SI | NO | Terapia con Doxiciclina | SI | NO | Otro antibiótico, detallar _____

Evolución a la fecha | / / | Resolución espontánea | | Mejoro con terapia | | En evolución | |

PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha ingreso | / / | Establecimiento hospitalización _____

Diagnostico de ingreso _____

MUESTRA DE SEGUIMIENTO (2-3 SEMANAS LUEGO DE LA PRIMERA MUESTRA)

Envío a ISP | SI | NO | Fecha | / / |

Envío a PUC | SI | NO | Fecha | / / |

Tubo Rojo | SI | NO | Otras muestras _____

Tubo Lila | SI | NO |

Clasificación final

Fecha | / / |

Caso confirmado Tifus de los matorrales | SI | NO | Caso descartado | SI | NO |

Criterio de confirmación

Laboratorio	SI	NO	
Biopsia	SI	NO	Diagnostico final _____
Autopsia	SI	NO	_____
Epidemiologico	SI	NO	

SI NO

Tiempo de Hospitalización en días | | Tratamiento antibiótico recibido _____

Evolución final | / / | Resolución espontánea | | Mejoro con terapia | | En evolución | |

Fallece | | / /