



DATOS DEL PACIENTE

Edad Sexo

Apellido y Nombre.....

Domicilio..... Localidad

Ocupación..... Telefono.....

DATOS DEL PRODUCTO INGERIDO

Fecha de Ingesta

Panceta Chorizo Jamón Bondiola Otros

Preparación: Casera Comercial Lugar de Compra

Se realizó análisis triquinoscópico: Si No Se desconoce

Donde se realizó

DATOS DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE LOS PRIMEROS SINTOMAS

Dolores musculares: Zona afectada: Espalda Brazos Piernas Otros

Edema Bupalpebral: Vómitos:

Diarréas: Fiebre:

Cefaléa: Eosinofilia: < 5 > 6

Asintomático Otros síntomas:

TRATAMIENTO INSTITUIDO

Medicamento, dosis y duración:

LABORATORIO

(Espacio reservado para el Laboratorio de Triquinosis)

1ª Muestra: Fecha Título:

2ª Muestra: Fecha Título:

3ª Muestra: Fecha Título:

NOTIFICACION

FECHA

Establecimiento..... Tel/Fax:

Médico tratante

Domicilio..... Localidad

Observaciones: