

VIGILANCIA DE LEPTOSPIROSIS CANINA

CUESTIONARIO DE CASO

ID del Caso:

Colocar sello impreso aquí

ID Clínica/Refugio:

Fecha: ____ / ____ / ____ (MM, DD, YY)

Nombre Clínica/Refugio: _____ Tipo de Facilidad: Clínica Refugio Nombre Vet/Staff: _____

Sección 1. Información General

Información del dueño

¿El perro tiene dueño? Si No (extraviado) Desconocido Si, Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección de propietario o localización donde se encontró el perro:

Dirección (o intersección importante): _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Zip Code: _____

Información del perro:

Nombre del perro: _____ Edad: _____ Años Meses Sexo: Macho Hembra

Esterilizado/Castrado Si No Raza: Mixto Pura, si se conoce indicar raza: _____ Peso: _____ lbs kg

Sección 2. Factores de riesgo y exposición

Marque todas las que apliquen (a menos que se indique lo contrario):

Es el perro: Mascota Del vecindario Guardián Cazador De pastoreo Otro: _____

¿Dónde el perro pasa la mayoría del tiempo (escoja una)?

Adentro Afuera 50% adentro / 50% afuera Siempre afuera

¿Cuándo este afuera, en que área se encuentra el perro (escoja una)?

Patio cerrado Espacio abiertos (calles) Ambas áreas

Donde el perro toma agua:

Dentro de la casa Afuera de la casa Aguas estancadas Lago(s)/Estanque(s) De ríos/charcos Otros: _____

Donde el perro come: Dentro de la casa Afuera de la casa Otros: _____

Donde el perro duerme: Dentro de la casa Afuera de la casa Otros: _____

El perro tiene contacto con:

Perro domestico Perros callejeros Roedores Ganado: _____ Salvajes: _____ Otro: _____

En los últimos 30 días, el perro ha nadado en: Ríos/charcos Lago(s)/estanque(s) Aguas estancadas

En los últimos 30 días, ¿el perro ha viajado fuera de la ciudad de residencia?

Si, donde? _____ No Desconocido

En los últimos 30 días, ¿el perro ha tenido contacto con un perro diagnosticado con leptospirosis? Si No Desconocido

¿Se han visto roedores o evidencia de roedores (feces, agujeros, etc.) en la casa? Si No Desconocido

¿Se han visto roedores o evidencia de roedores en las áreas donde el perro vive o se pasa?

Si, donde? _____ No Desconocido

¿El perro ha tenido un diagnóstico previo de leptospirosis? Si, fecha: ____ / ____ / ____ (MM, DD, YY) No Desconocido

¿El perro ha sido vacunado contra leptospirosis? Si No Desconocido

Si, fecha de vacunación: ____ / ____ / ____ (MM, DD, YY) Nombre de vacuna: _____

CANINE LEPTOSPIROSIS SURVEILLANCE CASE QUESTIONNAIRE

Sección 3. Información Clínica y de Laboratorio

Signos y Síntomas

Lepto Prueba Rápida 1:
Fecha: ___/___/___
 Negativo
 Positivo

Realizar prueba #2 si la prueba rápida de Lepto #1 es negativa y la sangre fue colectada <7 días luego de presentar síntomas.

Lepto Prueba Rápida 2:
Fecha: ___/___/___
 Negativo
 Positivo

Dolor Muscular/articular

Conjuntivitis/ojos rojos

Otras pruebas:
 Hematología
 Bioquímica
 Urinalisis

FAVOR ADJUNTAR COPIA DEL LABORATORIO

Muestra Colectada:
Fecha: ___/___/___
 Suero
 Sangre
 Orina por cistocentesis
 Orina por captura libre
 Tejido del riñón

Resultados de Laboratorio

IDEXX Lepto snap:

Pos Neg N/A

Valores del laboratorio:

Creatinine:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
BUN:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
ALT:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
AST:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
ALP:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
Bilirubin:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
Albumin:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
CPK:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
K:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
HCT = _____%				ácido
Platelet:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
WBC:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	ácido
Neutrophil:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> No
Lymphocyte:	<input type="checkbox"/> Norm	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> No
Urine specific gravity = _____				<input type="checkbox"/> No

Resultado:

¿El perro fue hospitalizado? Si, # de días: _____ No

Resultado: De Alta Murió Desconocido

Si murió, se debió a: Eutanasia Muerte natural

¿Se le prescribió antibióticos? Si No

Si se trató, # de días: _____ ; Nombre de antibióticos: _____

Envíe una copia de este cuestionario por fax al 404-471-8642 O por correo electrónico al coordinador del estudio O con un envío mensual a CDC. Gracias!