

VIGILANCIA DE LEPTOSPIROSIS CANINA

CUESTIONARIO DE CASO

ID del Caso:

Colocar sello impreso aquí

Record del Paciente de la
Clínica o el Refugio:

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

Nombre Clínica/Refugio: _____

Tipo de Facilidad:

Nombre Vet/Staff: _____

Clínica Refugio

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: _____

VIGILANCIA DE LEPTOSPIROSIS CANINA

CUESTIONARIO DE CASO

Sección 3. Información Clínica y de Laboratorio

Signos y Síntomas

Fecha inicio de síntomas: ____/____/____ (MM, DD, YY)

¿Qué síntomas clínicos han estado presentes desde del inicio de los síntomas?

Proporcionar una respuesta para cada línea.

Fiebre Si, temp.: ____°C No Desconocido

Letargo/debilidad Si No Desconocido

Inapetencia/anorexia Si No Desconocido

Vómitos Si No Desconocido

Diarrea Si No Desconocido

Dolor Abdominal Si No Desconocido

Dolor Muscular/articular Si N Desconocido

Conjuntivitis/ojos rojos Si No Desconocido

Ictericia/piel u ojos amarillos Si No Desconocido

Tos Si No Desconocido

Taquipnea/disnea Si No Desconocido

Oliguria/anuria Si No Desconocido

Poliuria/polidipsia Si No Desconocido

Fallo Renal/insuficiencia Si No Desconocido

Fallo Hepático/enzimas elevadas Si No Desconocido

Uveítis Si No Desconocido

Alteración del estado mental Si No Desconocido

Aborto Si No Desconocido

Hemorragia pulmonar Si No Desconocido

Otro sangrado inexplicable Si, _____ No

Otros signos/síntomas Si, _____ No

Resultados de Laboratorio

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

Muestra Colectada:

Fecha: ____/____/____

Suero

Sangre

Orina por cistocentesis

Orina por captura libre

Tejido del riñón

POS Neg

Inválido

Zoetis WITNESS lepto:

POS Neg

Otras pruebas:

Hematología

Bioquímica

Urinalisis

Favor adjuntar copia del laboratorio o indiquen resultados abajo.

Creatinine: Norm Alto Bajo

BUN: Norm Alto Bajo

ALT: Norm Alto Bajo

AST: Norm Alto Bajo

ALP: Norm Alto Bajo

Bilirubin: Norm Alto Bajo

Albumin: Norm Alto Bajo

CPK: Norm Alto Bajo

K: Norm Alto Bajo

HCT = _____%

Platelet: Norm Alto Bajo

WBC: Norm Alto Bajo

Neutrophil: Norm Alto Bajo

Lymphocyte: Norm Alto Bajo

Urine specific gravity = _____

Hospitalización y disposición:

¿El perro fue hospitalizado? Sí, # 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 ygn3@cdc.gov O con un envío mensual a CDC. Gracias!