



ANLIS
MALBRÁN

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE DAÑO "DR. CARLOS G. MALBRÁN"

TRICHINELLOSIS (TRIQUINOSIS)
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS - HUMANOS
ACTUALIZACIÓN 2026

DEFINICIÓN DE CASO	Caso sospechoso: Paciente con antecedente de haber ingerido carne de cerdo o de animal silvestre y/o sus productos, subproductos y derivados hasta 45 días antes del inicio de los síntomas y que presente fiebre y uno o más de los siguientes signos o síntomas: edema facial periorbital, mialgias, conjuntivitis tarsal bilateral, diarrea, eosinofilia y/o enzimas musculares elevadas (LDH, CPK, etc). Caso probable: Caso sospechoso con prueba de tamizaje serológico (ELISA) positivo o indeterminado o con títulos de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI.) mayor o igual a 1/64 en una muestra tomada entre los 5 y los 45 días posteriores al inicio de los síntomas. Caso confirmado: Caso probable o sospechoso con diagnóstico inmunológico confirmatorio positivo: Western blot positivo en una muestra tomada entre los 5 y los 45 días post inicio de los síntomas, o conversión serológica en muestras pareadas tomadas entre 5 y 45 días post inicio de los síntomas. Caso confirmado por nexo epidemiológico: Caso sospechoso en el que se haya podido establecer una fuente común con un caso confirmado por laboratorio. Caso descartado: Caso probable o sospechoso con resultado negativo de IFI o Western blot en una muestra obtenida al menos 45 días después del inicio de los síntomas. Sospecha de brote: Identificación de dos o más casos sospechosos relacionados por lugar, tiempo o sospecha de fuente común. Brote confirmado: Identificación de dos o más casos relacionados en el que al menos uno se haya confirmado por laboratorio y en el que se haya podido establecer una fuente común.																																				
ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR	Establecimiento notificador: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: ____/____/____ Datos del notificador: _____ Tel. celular: _____ Mail: _____																																				
IDENTIFICACIÓN DEL CASO	Apellido y nombre: _____ Tipo / N° documento: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de residencia / Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Calle / Manzana: _____ N° Casa: _____ Piso: _____ Depto.: _____ Cód. Postal: _____ Barrio/Villa/Asentamiento: _____ Teléfono: _____																																				
INFORMACIÓN CLÍNICA	Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): ____/____/____ Embarazada: ☐ Sí ☐ No Fecha de primera consulta: ____/____/____ Establecimiento de 1° consulta: _____ Fecha de internación: ____/____/____ Establecimiento de internación: _____ Terapia Intensiva: ☐ Sí ☐ No Fecha internación UTI: ____/____/____ Sintomático: ☐ Sí ☐ No Diag. ref. Antecedente de diagnóstico previo de Trichinellosis ☐ Considerar este ítem en la interpretación de la serología Consignar según corresponda: <table><thead><tr><th colspan="4">Signos, síntomas y otros datos clínicos</th><th colspan="2">Complicaciones:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Fiebre mayor o igual a 38°</td><td>☐</td><td>Cefalea</td><td>☐</td><td>Náuseas</td><td>☐</td></tr><tr><td>Edema facial bupalpebral y bilateral</td><td>☐</td><td>Diarrea</td><td>☐</td><td>Vómitos</td><td>☐</td></tr><tr><td>Inyección / hiperemia conjuntival</td><td>☐</td><td>Dolor Abdominal</td><td>☐</td><td>Eosinofilia</td><td>☐</td></tr><tr><td>Mialgia</td><td>☐</td><td>Exantema</td><td>☐</td><td></td><td>☐</td></tr><tr><td>Otros:</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> Condición al alta o egreso: Curado/Mejorado ☐ Sí ☐ No Fecha de alta médica: ____/____/____ Fallecido: ☐ Sí ☐ No Fecha de fallecimiento: ____/____/____	Signos, síntomas y otros datos clínicos				Complicaciones:		Fiebre mayor o igual a 38°	☐	Cefalea	☐	Náuseas	☐	Edema facial bupalpebral y bilateral	☐	Diarrea	☐	Vómitos	☐	Inyección / hiperemia conjuntival	☐	Dolor Abdominal	☐	Eosinofilia	☐	Mialgia	☐	Exantema	☐		☐	Otros:					
Signos, síntomas y otros datos clínicos				Complicaciones:																																	
Fiebre mayor o igual a 38°	☐	Cefalea	☐	Náuseas	☐																																
Edema facial bupalpebral y bilateral	☐	Diarrea	☐	Vómitos	☐																																
Inyección / hiperemia conjuntival	☐	Dolor Abdominal	☐	Eosinofilia	☐																																
Mialgia	☐	Exantema	☐		☐																																
Otros:																																					
COMORBILIDADES	Comorbilidades ☐ SÍ ☐ NO ☐ ☐ Cardiopatía ☐ Hepatopatía ☐ Insuficiencia renal crónica / nefropatía ☐ Enfermedad neurológica previa ☐ Inmunosupresión ☐ Diabetes mellitus ☐ Enfermedad pulmonar crónica ☐ Miopatías / enfermedad muscular previa ☐ Obesidad ☐ Otras (especificar): _____																																				
TRATAMIENTO	Albendazol: Fecha de Inicio ____/____/____ Dosis (n°compri): _____ Tratamiento completo ☐ Sí ☐ No Mebendazol: Fecha de Inicio ____/____/____ Dosis (n°compri): _____ Tratamiento completo ☐ Sí ☐ No Prednisolona ☐ Sí ☐ No AINES ☐ Sí ☐ No																																				

Nombre y Apellido
N° de Matrícula



ANLIS
MALBRÁN

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"

TRICHINELLOSIS (TRIQUINOSIS)
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS - HUMANOS
ACTUALIZACIÓN 2026

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

☐ Viajó (45 días antes de FIS)

Fecha: ____/____/____

País / Provincia:

Localidad:

Factores de riesgo / vías más probables de transmisión / Otros antecedentes de interés:

Consumo de alimentos sospechosos en los últimos 45 días:

Fecha aproximada de consumo: ____ / ____ / ____

Marcar según corresponda:

☐ Carne de cerdo

☐ Chacinados / embutidos (especificar) _____

☐ Animal silvestre (especificar): _____

☐ Otros: (especificar): _____

Origen del alimento consumido:

☐ Comercio habilitado

☐ Venta ambulante

☐ Cría familiar (faena casera)

☐ Parador de ruta

☐ Otro (especificar): _____

Domicilio:

Localidad:

¿Se notificó al área de bromatología local?

☐ Sí ☐ No ☐ En trámite

¿Fecha (si corresponde): ____ / ____ / ____ Organismo notificado: _____

Información de Laboratorio del alimento sospechoso/consumido:

¿El alimento consumido fue confirmado como infectado por digestión artificial? ☐ Sí ☐ No ☐ En estudio

¿El alimento se encuentra disponible para análisis de laboratorio? ☐ Sí ☐ No

Sospecha de brote de trichinellosis:

¿Consumió algún alimento de fuente común con otras personas sintomáticas o diagnosticadas con trichinellosis? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

Otras personas que consumieron el alimento:

1. Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____ Sintomática: ☐ Sí ☐ No

2. Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____ Sintomática: ☐ Sí ☐ No

3. Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____ Sintomática: ☐ Sí ☐ No

LABORATORIO

Establecimiento de toma de muestra: _____

Tipo de muestra: Humano			
Tipo de muestra	1° muestra	2° muestra	3° muestra
☐ Sangre entera	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
☐ Suero	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

Laboratorio clínico: CPK: _____ GPT: _____ Aldolasa: _____

Fecha muestra: ____/____/____ Leucocitos: _____ Eosinófilos (%): _____ LDH: _____

CLASIFICACIÓN DE CASO

☐ Caso sospechoso ☐ Caso probable ☐ Caso confirmado ☐ Caso confirmado por nexos epidemiológico ☐ Caso descartado

☐ Sospecha de brote ☐ Brote confirmado

Nombre y Apellido
N° de Matrícula