

Hospital: _____

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE				
Nombre y Apellido:		Fecha Nac. ----/---/---	Edad: _____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección:		Localidad:	Barrio	
Provincia:		Historia Clínica:	ID N°: :	Telf:
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN LOS 30 DIAS PREVIOS A LA INTERNACION				
Diarrea acuosa	Diarrea blanda	Vómitos	Disminución de la diuresis	Catarro Vías Aéreas Sup.
Diarrea mucosa	Diarrea sanguinolenta	Sin diarrea	Dolor abdominal	Fiebre
ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES VINCULADOS CON LA APARICION DE SUH				
PTT Fecha:...../...../.....	SUH <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - Fecha:...../...../.....	Insuf. Renal: Aguda__ Crónica__	Anemia aguda	
Padres /Hermanos/ Otro	Padres /Hermanos/ Otro	Padres /Hermanos/ Otro	Padres /Hermanos/ Otro	
OTROS ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS DE INTERES				
Tipo de Caso	Sin contacto con otro caso de SUH en 21 días previos	Contacto con otro caso familiar de SUH en 21 días previos	Contacto con otro caso de SUH Institucional en 21 días previos.....	Antecedentes Desconocidos
	Sin contacto con otro caso de diarrea en 21 días previos	Contacto con otro familiar con diarrea en 21 días previos.....	Contacto con otro caso con diarrea Institucional en 21 días previos.....	Antecedentes Desconocidos
Asiste a alguna Institución Escolar: Si No..... Con régimen de Internado: Si..... No..... Con Comedor: Sí No....				
Nombre de la Institución:		Dirección:		Telf:
Localidad:		Provincia:	Otros:	
Familiar con actividad de riesgo: No.... Sí actividad rural: veterinario:..... matarife:..... carnicero:..... Otros:.....				
EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:				
Fecha 1° síntomas: ___/___/___		Fecha 1ª consulta: ___/___/___		
Fecha internación: ___/___/___		Fecha internación UC: ___/___/___		
INFORMACIÓN SOBRE POSIBLE EXPOSICIÓN DEL CASO A ALIMENTOS CONTAMINADOS				
En los días previos a la aparición de los 1° síntomas: (marcar con una cruz la respuesta correcta)				
Estuvo amamantado solamente	Sí	No	NS	NC
Le dio de tomar algún líquido (agua, jugo, leche) en mamadera	Siempre	A veces	Nunca	NC
La mamadera estuvo expuesta al aire antes de tomarla el niño por > de 2 horas:	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de tomar la leche preparada con agua no hervida	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de tomar leche recién ordeñada y/o leche cruda y/o no pasteurizada	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de comer queso de elaboración casera (con leche cruda o no pasteurizada)	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de tomar jugo exprimido o licuado de fruta no pasteurizado	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de tomar agua no segura (sin hervir, sin clorar, u otra)	Siempre	A veces	Nunca	NC
Cuando le dio de comer carne de vaca, la preparó:	jugosa	a punto	bien cocida	NC
Le dio de tomar jugo de carne para alimentar al niño	Siempre	A veces	Nunca	NC
Se lava las manos después de manipular carne cruda antes de seguir cocinando	Siempre	A veces	Nunca	NC
Lava los utensilios de cocina después de cortar carne cruda	Siempre	A veces	Nunca	NC
Le dio de comer alimentos elaborados fuera del hogar (restaurante, casa de comida)	Sí	No	NS	NC
Nombre y Dirección de los Establecimientos donde compró: alimentos elaborados, la leche cruda, la carne o el queso casero:				
MAS INFORMACIÓN SOBRE OTRAS POSIBLES EXPOSICIONES				
En los días previos a la aparición de los 1° síntomas: (marcar con una cruz la respuesta correcta)				
Tuvo el niño una estadía o visitó una granja en el campo	Sí	No	NS	NC
Tuvo contacto con los animales	Sí	No	NS	NC
Visitó un zoológico o lugar donde había animales y los tocó	Sí	No	NS	NC
El niño tocó, paleó o paso sobre un lugar con bosta de vaca	Sí	No	NS	NC
El niño nadó o estuvo en alguna pileta (casa, jardín, pública)	Sí	No	NS	NC
El niño tomo algún nuevo medicamento (en los últimos 3 meses)	Sí	No	NS	NC
El niño realizó algún viaje	Sí	No	NS	NC
Dónde: (Describir lugar y ubicación):				
DATOS SOBRE LA VIVIENDA Y LA FAMILIA (tomados por interrogatorio y por observación)				
Datos demográficos: Quién es el jefe o sustento del hogar (padre, madre, otros): Edad:.....				
Nivel Educativo: A,PI,PC,SI,SC,TI,TC,UI,UC Tiene empleo?: Sí No..... NC..... Cuantos integran la familia?:.....				
Cuantos dormitorios tienen?: La vivienda es propia: Sí..... No..... NC..... Tiempo de residencia:.....				
Abastecimiento de Agua:				
Agua Corriente dentro de la casa	Agua Corriente de grifo público	Agua de pozo.....		
Camión distribuidor:.....	Represa, laguna, acequia o río:.....	Otra, cuál?:		
Eliminación de la basura:				
Recolección:.....	Enterramiento:.....	Incineración:.....	Disposición a cielo abierto:.....	Otra, cuál?:.....
Eliminación de residuales líquidos:				
Cloaca:.....	Pozo Ciego:.....	Letrina:.....	Cielo Abierto:.....	Otra, Cuál?:.....

DATOS DE LOS CONTACTOS Y SU RELACION CON EL CASO

Vínculo (padre, madre, otro familiar, o contacto institucional.)	Edad		Diarreas en el último mes (Fecha)	Cambia Pañales al caso	Prepara Biberones para el caso	Cocina Alimentos para el caso	Cuida al caso	Trabaja o manipula carne o derivados	Toma de Muestra Coprocultivo (Fecha)	Resultados					
	M	F								Germen Aislado		<u>Identificación</u> (Salm, Shigue, Camp o E. Coli)	<u>Serotipo</u>	Genotipo (LNR)	Antibiotipo (LNR)
										SI	NO				

CODIGOS PARA EL LLENADO DE LA TABLA DE CONTROL DEL ESTUDIO DE CONTACTOS

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Anotar el vínculo familiar según corresponda (padre, madre, otro familiar) o aclarar que es un contacto institucional (CI) - Anotar la Edad en años o meses en la columna del sexo que le corresponda - Anotar el o los agentes identificados en la muestra de materia fecal de los contactos estudiados | <ul style="list-style-type: none"> - Anotar Sí, No, NS (No sabe), NC (No contesta) en el resto de las preguntas. - Seleccionar Sí o No de acuerdo a si se logró algún aislamiento. - En identificación se refiere a: Salmonella, Shigella, Campilobacter y E Coli - Las columnas de Genotipo y Antibiotipo son para llenar por el LNR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Nombre de la Institución: _____ Servicio: _____
 Teléfono/fax: _____ Interno: _____ E – mail: _____
 Notificador: _____ Teléfono: _____
 E- Mail: _____

Fecha de Notificación: ____/____/____

Firma y sello