

SUH - PLANILLA DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: F M DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o del vecino/a: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
Departamento: _____ Provincia: _____

2. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Consultó previamente: SI NO
¿Dónde?: _____ Localidad: _____
Fecha de diagnóstico de SUH: ___/___/___
Fecha de internación: ___/___/___ UTI UCI Sala común
Tratamiento durante la internación (fecha):
Diálisis peritoneal: SI NO ___/___/___ Transfusión: SI NO ___/___/___
Plasmoféresis: SI NO ___/___/___ Eritropoyetina: SI NO ___/___/___
Otro: _____

Síntomas en los 30 días previos a la internación

Diarrea acuosa Diarrea blanda Vómitos Anuria Fiebre Catarro vías aéreas sup.
 Diarrea mucosa Diarrea sanguinolenta Sin diarrea Dolor abdominal Disminución de la diuresis

Laboratorio

Anemia hemolítica: SI NO Plaquetopenia: SI NO Compromiso renal: SI NO
Laboratorio microbiológico realizado en la institución o unidad centinela:
Solicitado: SI NO Fecha de toma de muestra: ___/___/___ Tipo de muestra: _____
Germen aislado: E. Coli Salmonela Shigella Campylobacter Otro: _____

3. ANTECEDENTES DE INTERÉS EN LOS DÍAS PREVIOS A LA INTERNACIÓN (últimos 10 días)

Acerca de los convivientes

Episodios/s diarreicos en los últimos 21 días previos al inicio de síntomas del caso: ¿Quién/es?: Especifique relación:
 Padre Madre Hermanos Primos Niñera Otro: _____
¿Actividades u ocupación de riesgo? SI NO ¿Quién/es? _____
Tipo de actividad: Rural Veterinario Matarife Carnicero

Actividades realizadas en días previos al IS (últimos 2 - 10 días)

Asistió a guardería/ jardín/ escuela/ colonia de verano: SI NO
Nombre de la institución: _____
Dirección: _____ Localidad: _____
Viaje: SI NO Fecha: ___/___/___ Retorno: ___/___/___ Lugar: _____ Rural Urbano
Contacto con animales de granja/ zoológico: Vacas Ovejas Cabras Cerdos Aves
 Mascotas (gatos/perros) ¿Dónde?: _____ Fecha: ___/___/___
Nadó o estuvo en: pileta río otras aguas recreacionales
¿Dónde?: _____ Fecha: ___/___/___

Tomó algún medicamento en los últimos 3 días: SI NO Nombre: _____

Alimentos consumidos en los últimos días previos al IS (últimos 2-10 días)

¿Consumo de alimentos elaborados fuera del hogar? SI NO
Lugar: restaurante delivery vendedor ambulante otro. Especifique lo consumido: _____
Nombre: _____ Dirección: _____ Barrio: _____
Consumo de productos cárnicos: SI NO
Carne de vaca cerdo pollo otro: _____ Tipo de corte: _____
¿Leche/quesos crudos o no pasteurizados? SI NO
Lugar: _____ Dirección: _____ Barrio: _____
¿Agua no potable o de dudosa procedencia? SI NO ¿Dónde?: _____
¿Consumo de leche, lácteos o postres expuestos a temperatura ambiente por tiempo prolongado? SI NO
Especifique tiempo y producto: _____

SUH - PLANILLA DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hábitos alimentarios

Estuvo amamantando solamente: SI NO

Agua de consumo: agua de grifo agua hervida agua mineral agua potabilizada

Forma de consumo de la carne:

rosada jugosa a punto bien cocida no sabe

Consumo de jugo de carne: SI NO

¿Lavado de manos antes de manipular cualquier alimento?

nunca a veces siempre no sabe no contesta

¿Lavado de manos luego de tocar carne cruda antes de seguir cocinando?:

nunca a veces siempre no sabe no contesta

¿Lava frutas y verduras antes de consumirlas? SI NO

Describe forma de lavado: _____

¿Procesa la carne/ verduras/ frutas en tabla/ mesa/ plato? SI NO

¿Lava o limpia tabla/ mesa/ plato antes de procesar el alimento? SI NO

4. DATOS SOBRE LA VIVIENDA Y LA FAMILIA

Situación habitacional

N° de convivientes: _____ Tipo de relación: madre padre otro: _____

Actividad/ ocupación de los convivientes: _____

El/la paciente tiene algún cuidador/a, niño/a: SI NO

Nombre: _____ Tel. contacto: _____

Especifique nivel de educación de tutor/es: _____

Tenencia de la vivienda: propia alquilada prestada Cantidad de habitantes: _____ N° de baños: _____

Tiempo de residencia: _____

Abastecimiento de agua: red canilla pública pozo otro: _____

Disposición de excretas: cloaca pozo ciego

Procesamiento de basura: SI NO

Antecedentes patológicos en el núcleo familiar

Influencia renal aguda/ crónica: SI NO padres hermanos otro: _____

Anemia aguda: SI NO padres hermanos otro: _____

SUH: SI NO padres hermanos otro: _____

PTT: SI NO padres hermanos otro: _____

5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN Y DERIVACIÓN DE MUESTRAS PARA VIGILANCIA DE SUH

Nombre de profesional notificante: _____

Establecimiento notificante: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

Fecha de notificación: ___/___/_____

Firma y sello de médico/a: _____