Brotes de Enfermedades

transmitidas por Vía Alimentaria

Encuesta epidemiológica

Gobier no del

P r incipa d o de A s t u r ias

C onsejería de S a lud y Ser v icios S a ni t a r ios

Gobier no del

P r incipa d o de A s t u r ias

#  DATOS DEL ENFERMO

Apellidos y Nombre

Fecha nacimiento / / Edad (años) (meses para < 2 años) Sexo: [ ] Varón [ ] Mujer

Domicilio Localidad

Teléfono

Municipio

Área Sanitaria

Ocupación Centro de Estudio/Trabajo

#  DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas

 / /

Aparición: [ ] Forma aguda [ ] Gradualmente

Descripción clínica:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signos y síntomas | Si/No | Comienzo | Final | Signos y síntomas | Si/No | Comienzo | Final |
| Fiebre ( ºC) |  |  |  |  |  |  |  |
| Diarrea |  |  |  |  |  |  |  |
| Vómitos |  |  |  |  |  |  |  |
| Nauseas |  |  |  |  |  |  |  |
| Dolor abdominal |  |  |  |  |  |  |  |

**Ingreso en hospital:** [ ] NO [ ] SI ---> Fecha de hospitalización / /

Hospital:

Servicio

Nº Hª Clª

#  DATOS DE LABORATORIO

**Muestras clínicas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de muestra** | **Fecha recogida** | **Prueba analítica** | **Resultado** | **Fecha resultado** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Muestras de fuentes sospechosas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de muestra** | **Fecha recogida** | **Prueba analítica** | **Resultado** | **Fecha resultado** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Brotes de Enfermedades de transmisión por Vía Alimentaria***

#  DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Antes de enfermar,**

* ¿ha tenido contacto con alguna persona que estuviera enferma con los mismos síntomas? [ ] No [ ] Si
* ¿ha consumido algún alimento preparado por alguna persona enferma con los mismos síntomas? [ ] No [ ] Si
* ¿ha consumido agua sin higienizar? [ ] No [ ] Si -> Especificar origen:
* ¿ha tenido contacto frecuente con animales? [ ] No [ ] Si -> ¿Cuáles?

**En niños:** [ ] Lactancia natural [ ] Lactancia artificial -> Marca:

# Historia de comidas, bebidas y fármacos en los tres días anteriores al inicio de los síntomas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Hora** | **Lugar** | **Alimentos, bebidas, medicación, ...** |
| 1º DÍAFecha: | Desayuno |  |  |  |
| Comida |  |  |  |
| Cena |  |  |  |
| Medicinas |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2º DÍAFecha: | Desayuno |  |  |  |
| Comida |  |  |  |
| Cena |  |  |  |
| Medicinas |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3º DÍAFecha: | Desayuno |  |  |  |
| Comida |  |  |  |
| Cena |  |  |  |
| Medicinas |  |  |  |
|  |  |  |  |

Otras circunstancias epidemiológicas relacionadas con el brote (especificar):

#  DATOS DEL ENCUESTADOR

Fecha de la encuesta

 / /

Nombre del encuestador

Centro de trabajo Teléfono