

Ficha de notificación de Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos

Caso sospechoso: Persona con cuadro clínico compatible con Enfermedades Transmitidas por Agua y/o Alimentos, que se manifiesta de forma súbita o en el correr de las horas, caracterizado por síntomas como vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal, cefalea y/o acompañado de reacciones alérgicas, deshidratación, compromiso del Sistema Nervioso Central, e incluso la muerte después del consumo de alimentos o agua contaminada.

I. DATOS DEL NOTIFICANTE:

Región Sanitaria _____ Distrito: _____
 Servicio de salud: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Nombre y Apellido del Profesional: _____ tel.: _____

II. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 C.I. N°: _____ Dirección: _____
 Barrio _____ Distrito _____ Departamento _____
 Teléfono: _____ Hospitalizado: () Ambulatorio: ()

III. SÍNTOMAS CLINICOS Y TRATAMIENTOS

Fecha de consulta ____/____/____ Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____ Hora.....
 Náuseas: Si () No () Vómitos: Si () No () Fiebre: Si () No () Diarreas: Si () No ()
 Calambres abdominales: Si () No () Otro.....(especificar)
 Si recibió medicación, indicar: Nombre del medicamento:
 Fecha de Inicio del tratamiento:/...../.....

IV- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS - ALIMENTOS INGERIDOS SEGÚN DIA, HORA Y LUGAR

Días	Alimentos y/ o agua ingeridos	Hora	Lugar y dirección de donde adquirió
Día del inicio de los síntomas			
Día anterior del inicio de los síntomas			

V- DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestras	Fecha de Envío	Agente Etiológico detectado	Fecha de resultado
Heces
Vómitos
Sangre
Restos de alimentos
Agua

VI. CLASIFICACIÓN FINAL