

**FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN**

**ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL -FIEBRE TIFOIDEA - TRIQUINOSIS**

**Caso a notificar:** persona que, luego de la ingestión de agua o alimento, presente un cuadro gastroentérico (diarrea, vómitos, náuseas, calambres abdominales) o neurológico (mareos, parestesia de labios o lengua o extremidades, disturbio visual, salivación

**Triquinosis:** persona que días después de haber ingerido carne de cerdo cruda (chacinados) o mal cocida presente mialgias acompañada de fiebre o diarrea o edema bpalpebral.

**Fiebre tifoidea:** persona que presenta fiebre elevada y persistente, y al menos dos de los siguientes síntomas: bradicardia relativa, cefalea intensa, tos seca, dolor abdominal, estreñimiento, erupciones cutáneas o diarreas.

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Edad  Sexo  F  M C.I. N°

Domicilio \_\_\_\_\_ Depto \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Zona: Urbana  Rural

Manipulador de alimentos  Tel.

Ocupación  Dirección trabajo o escuela \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN**

Fecha de consulta  /  /  Fecha inicio síntomas  /  /  Hora de inicio de síntomas  /  /

**Signos y síntomas**

Náuseas  Diarrea  Calambres abdominales  diplopía   
 Vómitos  Fiebre  Visión borrosa  Ptosis   
 Parálisis flacc.  disfagia  Dificultad respiratoria  Conjuntivitis   
 Edema facial  Mialgias  Otros \_\_\_\_\_

**Signos y síntomas SÓLO PARA LACTANTES**

Inapetencia  Hipotonía  Pérdida de control cefálico  Otros \_\_\_\_\_

hospitalizado  SI  NO  Recibió antibiotico  SI  NO  Cuál? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

Alimentos y bebidas ingeridos según día, hora y lugar donde fueron consumidos

	Alimentos ingeridos	Hora	Lugar y dirección donde se consumieron
Día de inicio de los síntomas			
Día anterior al inicio de síntomas			
2 días antes al inicio de síntomas			
__ días antes al inicio de síntomas			

**DATOS DE LABORATORIO**

Tipo de muestra	Enviada	Agente etiológico detectado	Recuento de GB	Interpretación
Heces	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vómito	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Sangre	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Resto de alimentos	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Agua	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Alimento/s implicado/s	_____			

**DATOS DEL NOTIFICANTE**

Fecha de notificación  /  /

Nombre y Apellido del Notificante: \_\_\_\_\_

Servicio de Salud \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_