



FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA INDIVIDUAL -FIEBRE TIFOIDEA - TRIQUINOSIS

Caso a notificar: Caso de enfermedad transmitida por agua o alimentos: Caso de enfermedad transmitida por agua o alimentos: 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 intensa, otros) o fiebre

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 bupalpebral.

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 inicio síntomas / / Hora de inicio de síntomas hospitalizado SI NO

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 _____

Recibió medicación SI NO Cuál? _____ Fecha de inicio toma / /

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 preparò los alimentos
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 no		<input type="text"/>	
Vómito	si no			
Sangre	si no			
Resto de alimentos	si no			

Alimento/s implicado/s _____

DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación / /

Nombre y Apellido del Notificante: _____

Servicio de Salud _____

Distrito: _____

Depto. _____