



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROVINCIA DE CORRIENTES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
CORDOBA 640 MSP. TEL/FAX: 0379 - 4475324



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA (ETA)



1. DATOS DEL PACIENTE

Form fields for patient data: Apellido y Nombre, Edad, Sexo, Domicilio, Teléfono, Establecimiento Notificador, D.N.I., Provincia, Departamento, Localidad, Fecha de Notificación.

2. DATOS CLÍNICOS

Form fields for clinical data: Fecha de inicio de los síntomas, Fecha de consulta, with a note: ← Dato Importante para acciones de vigilancia

Form fields: Ambulatorio, Hospitalizado, Defunción

Table with 4 columns: Sintomas, SI, NO, Ign. Rows include Nauseas, Vómitos, Diarrea, Dolor Abdominal, Fiebre.

Table with 4 columns: Sintomas, SI, NO, Ign. Rows include Cefaleas, Edemas, Neurológica, Cardiovascular, Otros.

Tratamiento

Form fields: Nombre del medicamento, Fecha de Inicio, Hora

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS (Completar tabla adjunta especificando: día, hora, lugar, dirección, alimento, marca, local, servicio, etc)

- 1.- ¿Qué consumió el día de inicio de síntomas?
2.- ¿Qué consumió el día anterior al inicio de síntomas?
3.- ¿Qué consumió dos días antes al inicio de síntomas?
4.- ¿Dónde lo adquirió/consumió al alimento?

Table with 5 columns: Día de la Ingestión, Fecha, Alimentos Ingeridos, Hora Ingesta, Lugar y Dirección donde se consumieron. Rows for symptoms start, day before, and two days before.

4. EXÁMENES DE LABORATORIO

Table with 5 columns: Muestra, Enviado SI/NO, Agente etiológico detectado, Recuento y/o resultado hallado, Interpretación. Rows for Heces, Vómito, Sangre, Alimentos.

OBSERVACIONES: Form area for additional notes.

- Completar una ficha para cada caso sospechoso de intoxicación alimentaria.-
→ Completar informe final de Brote.-

Firma y Sello del Médico: