



**Gobierno Provincial**

Ministerio de Salud Pública

UNIDAD CENTINELA  
DE SUH



**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____	Historia Clínica: _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio: _____	Teléfono: _____	Fecha de Nacimiento: / /	
Povincia: _____ Departamento: _____	Localidad: _____	D.N.I.: _____	

**2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA INTERNACIÓN**

Diarrea acuosa: _____	Diarrea blanda: _____	Vómitos: _____	Disminución de la diuresis: _____	Catarro Vías Aéreas Superiores: _____
Diarrea mucosa: _____	Diarrea sanguinolenta: _____	Sin diarrea: _____	Dolor abdominal: _____	Fiebre: _____

**3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES VINCULADOS CON LA APARICIÓN DE SUH**

PTT Fecha: / /	SUH D(+) D(-) Fecha: / /	Insuf. Renal: Aguda: _____ Crónica: _____	Anemia aguda
Padres   Hermanos   Otros	Padres   Hermanos   Otros	Padres   Hermanos   Otros	Padres   Hermanos   Otros

**4. OTROS ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS DE INTERES**

Tipo de Caso	Sin contacto con otro caso de SUH en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Contacto con otro caso familiar de SUH en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Contacto con otro caso de SUH Institucional en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Antecedentes Desconocidos
	Sin contacto con otro caso de diarrea en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Contacto con otro familiar con diarrea en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Contacto con otro caso de diarrea Institucional en 21 días previos: <input type="checkbox"/>	Antecedentes Desconocidos

Asiste a alguna Institución Escolar:  SI  NO  Con régimen de Internado  SI  NO  Con Comedor:  SI  NO

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Familiar con actividad de riesgo:  SI  NO  Actividad Rural: \_\_\_\_\_ Veterinario: \_\_\_\_\_ Matarife: \_\_\_\_\_ Carnicero: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**5. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

↓↓ DATO IMPORTANTE PARA ACCIÓN DE VIGILANCIA ↓↓

Fecha de inicio de Sintomas: / /	Fecha de la Consulta: / /
Fecha de Intenación: / /	Fecha de Internación en UC: / /

**6. INFORMACIÓN SOBRE POSIBLE EXPOSICIÓN DEL CASO A ALIMENTOS CONTAMINADOS**

*En los días previos a la aparición de los 1° síntomas: (Marcar con una cruz la respuesta correcta)*

¿Estuvo amamantado solamente?	SI	NO	NO SABE	NC
¿Le dio de tomar algún líquido (agua, jugo, leche) en mamadera?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿La mamadera estuvo expuesta al aire antes de tomarla el niño por > de 2 horas?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de tomar leche preparada con agua no hervida?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de tomar leche recién ordeñada y/o leche cruda y/o no pasteurizada?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de comer queso de elaboración casera (con leche cruda o no pasteurizada)?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de tomar jugo exprimido o licuado de fruta no pasteurizado?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de tomar agua no segura (sin hervir, sin clorar u otra)?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Cuándo le dio de comer carne de vaca, la preparó?	JUGOSA	A PUNTO	BIEN COCIDA	NC
¿Le dio de tomar jugo de carne para alimentar al niño?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Se lava las manos después de manipular carne cruda antes de seguir cocinando?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Lava los utensilios de cocina después de cortar carne cruda?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NC
¿Le dio de comer alimentos elaborados fuera del hogar (restaurante, casa de comida)?	SI	NO	NO SABE	NC

Nombre y direccion de los establecimientos donde compró: alimentos elaborados, la leche cruda, la carne o el queso casero: \_\_\_\_\_

**7. MAS INFORMACIÓN SOBRE OTRAS POSIBLES EXPOSICIONES**

*En los días previos a la aparición de los 1° síntomas: (Marcar con una cruz la respuesta correcta)*

¿Tuvo el niño una estadía o visitó una granja en el campo?	SI	NO	NO SABE	NC
¿Tuvo contacto con los animales?	SI	NO	NO SABE	NC
¿Visitó un zoológico o lugar donde había animales y los tocó?	SI	NO	NO SABE	NC
¿El niño nadó o estuvo en alguna pileta (casa jardín, pública)	SI	NO	NO SABE	NC
¿El niño tomo algún nuevo medicamento (en los últimos 3 meses)	SI	NO	NO SABE	NC
¿El niño realizó algún viaje?	SI	NO	NO SABE	NC

¿Dónde: (describir lugar y ubicación)? \_\_\_\_\_

**8. DATOS SOBRE LA VIVIENDA Y LA FAMILIA (Tomados por interrogatorio y por observación)**

**Datos demográficos** ¿Quién es el jefe o sustento del hogar (Padre, Madre, Otros) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nivel Educativo: A, PI, PC, SI, SC, TI, TC, UI, UC ¿Tiene Empleo?  SI  NO  NC  ¿Cuántos integrán la familia? \_\_\_\_\_

¿Cuántos dormitorios tienen? \_\_\_\_\_ La vivienda es propia:  SI  NO  NC  Tiempo de residencia: \_\_\_\_\_

**Abastecimiento de agua**

Agua corriente dentro de la casa: _____	Agua corriente de grifo público: _____	Agua de pozo: _____
Camión distribuidor: _____	Represa, laguna, acequia o río: _____	¿Otro, cuál? _____

**Eliminación de la basura**

Recolección: \_\_\_\_\_ Enterramiento: \_\_\_\_\_ Incineración: \_\_\_\_\_ Disposición a cielo abierto: \_\_\_\_\_ Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Eliminación de residuales líquidos**

Cloaca: \_\_\_\_\_ Pozo ciego: \_\_\_\_\_ Letrina: \_\_\_\_\_ Cielo abierto: \_\_\_\_\_ Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Opinión del entrevistado sobre cómo se produjo la aparición de la enfermedad**

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_