

Programa de entrenamiento en epidemiología de campo

**Ejercicio. Investigación de brotes – parte 2**

Ejercicio. Realice epidemiología descriptiva

**Escenario: 18 de enero de 2019**

El Ministerio de Salud hasta ahora ha sido informado de doce casos sospechosos, probables o confirmados de intoxicación alimentaria por shigelosis. El personal entrevistó a cada caso y recopiló la información en formularios estándar de informe de casos. El director quisiera tener todos los datos en una única base de datos, ya sea una base de datos sobre el papel o una base de datos electrónica, para que la información pueda ser revisada y resumida de un vistazo.

|  |
| --- |
| Pregunta 5a: Revise el formulario de informe de casos en las siguientes páginas. ¿Qué variables incluiría en un formato en Excel? |

|  |
| --- |
| Pregunta 5b: Cree un formato en Excel con base en los 12 formularios de informe de casos. |

**Formulario de informe de casos para el Ejercicio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | | |
| AA  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Fecha de nacimiento \_29/\_8/1982\_  Edad \_\_37\_\_\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.o \_\_\_1\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | | |
| Fecha de inicio: \_13\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | | |
| **Signos y síntomas**  **Sí No Desc.N/A**  Diarrea cantidad máx de deposiciones en 24 horas:10  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_39.6\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | | **Sí No NS N/A**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección\_15\_/\_1\_/\_19\_  **P N I O NP \***    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo:*S. Dysenteriae* Tipo I | |
| Hospitalización  Sí No Desc. N/A  Hospitalizado por esta enfermedad | |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de incubación incubaciónexposición***  -0  -5  La fecha de inicio  13-01-19  08-01-19  13-01-19  *Fechas calendario:* | | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | | |
| **Sí No Desc.N/A**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Sí No Desc. N/A**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| BB  Nombre (apellido, nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_20/\_12/ 1954\_  Edad \_\_65\_\_\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_2\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_15\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea Cant. máxima de deposiciones en 24 horas: \_7\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  FiebreTemp. máxima medida (oC): \_\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección \_\_/\_\_/\_\_  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Período de exposición***  ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  La fecha de inicio  14-01-19  09-01-19  14-01-19  -5  -0  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| CC  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_02/\_03/ 1949\_  Edad \_69\_\_\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_3\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_12\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_10\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección \_\_/\_\_/\_\_  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Período de exposición***  ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  12-01-19  07-01-19  12-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| DD  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_11/\_06/ 1970\_  Edad \_49  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_4\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_13\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_15\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_4\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): 37,9  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección \_\_/\_\_/\_\_  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Período de exposición***  ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  13-01-19  08-01-19  13-01-19  *Fechas*  *calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro:  \_hielo de un vendedor\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| EE  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_30/\_10/ 2018\_  Edad \_\_3 meses\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_5\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_4\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_38.9\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 16/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo:*S. Dysenteriae* Tipo I | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Período de exposición***  ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  16-01-19  11-01-19  16-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **NOTA: El caso n.o 1 es la madre del paciente.** | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado (Se entrevistó a la abuela)** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| FF  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_16/\_05/ 1967\_  Edad \_\_51\_  Sexo  F  M  Desconocido  **CASO N.O \_\_\_6\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_3\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 16/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: *S. Dysenteriae* Tipo I | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Período de exposición***  ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  14-01-19  07-01-19  14-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| GG  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_01/\_07/ 1972\_  Edad \_\_46\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_7\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_5\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): 38,6  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 16 /01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: *S. Dysenteriae* Tipo I | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  14-01-19  09-01-19  14-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| HH  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_01/\_01/ 1956\_  Edad \_\_64\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_8\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_17\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_7\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_\_\_\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 17/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  16-01-19  11-01-19  16-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| JJ  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_02/\_02/ 1977\_  Edad \_\_41\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_9\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_14\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_17\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_3\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_38,1\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 17/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_Pendiente\_\_\_\_\_\_ | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  14-01-19  09-01-19  14-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| KK  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_14/\_04/ 1974\_  Edad \_\_44\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_10\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_15\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_17\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_4\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): Desc.  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  P= Positivo  O = Otro  N= Negativo  NP= Pruebas no realizadas  I = Indeterminado  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 17/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_ | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  15-01-19  10-01-19  15-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| LL  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_19/\_08/ 1974\_  Edad \_\_44\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_11\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_15\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_17\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_6\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_38,3\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 17/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  15-01-19  10-01-19  15-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE** | | |
| MM  Nombre (apellido, nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad/departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono(s)/Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra persona de contacto  Padre/Madre  Cónyuge  Otro  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ocupación/grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empleador/lugar de trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la escuela/guardería \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Fecha de nacimiento \_17/\_07/ 1960\_  Edad \_\_58\_  Sexo  F  M  Desc.  **CASO N.O \_\_\_12\_\_\_\_\_\_** |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA** | | |
| Fecha de inicio: \_16\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ Visto en la clínica: \_17\_\_/\_1\_\_/\_19\_\_ | | |
| **Signos y síntomas**  **S N NS NA**  Diarrea cantidad máxima de deposiciones en 24 horas: \_8\_\_  Diarrea con sangre  Diarrea líquida  Cólicos o dolor abdominal  Náuseas  Vómitos  Fiebre Temp. máxima medida (oC): \_38,1\_\_  Oral  Rectal  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desc.  Molestias o dolores musculares (mialgia) | **S N NS NA**    Murió por la enfermedad  Fecha de la muerte \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | |
| **Laboratorio**  Fecha de recolección 17/01/19  **P N I O NP**    **Resultados del cultivo de heces**  Especie/Organismo: \_\_Pendiente\_\_\_\_\_\_ | |
| **Hospitalización**  **S N NS NA**  Hospitalizado por esta enfermedad |
|  | |
| **Cronograma de la infección** | | |
| ***Escriba la fecha de inicio de los primeros síntomas en el recuadro remarcado. Cuente hacia atrás de cero a cinco días para calcular el posible período de exposición***  ***Período de exposición***  -5  -0  La fecha de inicio  16-01-19  11-01-19  16-01-19  *Fechas calendario:* | | |
| **EXPOSICIÓN\* (Refiérase a las fechas arriba)** | | |
| **S N NS NA**  Contacto con una persona con síntomas similares  Contacto con un bebé en pañales  Comida de un vendedor callejero  Nombre/Ubicación del vendedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Contacto con alguien recientemente llegado del extranjero  Especifique el país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **S N NS NA**  Fuente de agua potable conocida  Pozo individual  Pozo compartido  Sistema de aguas públicas  Agua embotellada  Río o lago:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  **El paciente no pudo ser entrevistado** | |

Las respuestas son: Sí, No, NS: No se le preguntó. N/A No aplica

Resultado de laboratorio: P= Positivo, O = Otro, N= Negativo, NP= Pruebas no realizadas, I= Indeterminado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Pregunta 6: ¿Cuántos casos de diarrea se han identificado hasta la fecha? ¿Cuántos son casos confirmados, probables y sospechosos de intoxicación alimentaria por shigelosis? |

|  |
| --- |
| Pregunta 7: Si la ciudad en la que ocurre el brote tiene 150,000 habitantes, ¿cuál es el índice de incidencia de shigelosis confirmada en este punto de la investigación? El índice puede calcularse por 100, 1,000, 10,000 o 100,000 habitantes. ¿Qué multiplicador recomendaría usted? |

|  |
| --- |
| Pregunta 8: Cree una curva epidémica. Incluya en la curva epidémica todos los casos de su formato en Excel. Puede usar el papel cuadriculado de la siguiente página. |

|  |
| --- |
| Pregunta 9: ¿El número de casos confirmados de intoxicación alimentaria por shigelosis se sitúa por encima de las tendencias que usted observó en su análisis de los datos de vigilancia? |



|  |
| --- |
| Pregunta 10: ¿Qué le dice la curva epidémica sobre el brote? |

|  |
| --- |
| Pregunta 11: ¿Cuántos casos son hombres y cuántos son mujeres? |

|  |
| --- |
| Pregunta 12: ¿Cuáles son los límites inferior y superior de edad? ¿Cuál es la edad media (promedio)? |

|  |
| --- |
| Pregunta 13: ¿Qué proporción de los casos tuvieron cada una de las siguientes exposiciones?   1. ¿Contacto con una persona enferma? 2. ¿Exposición a un bebé en pañales? 3. ¿Consumió alimentos o bebidas de un vendedor callejero? 4. ¿Consumió agua del suministro de agua pública? 5. ¿Consumió agua de un pozo compartido? |