



ANEXO 1:

Encuesta para la Investigación Epidemiológica de brotes de Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)

I. Información del establecimiento que notifica:

Establecimiento que notifica: _____ Responsable de la notificación: _____ Fecha notificación: _____ Teléfonos: _____
 Región: _____

II. Información del caso índice: (entreviste en profundidad a la primera persona que le haga sospechar de un brote ETA):

Nombre: _____ Diagnóstico clínico: _____ Alimentos sospechosos: _____
 RUT: _____ Fecha de atención: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Hora de atención: _____
 Ocupación: _____ Fecha inicio de síntomas: _____ Fecha consumo: _____
 Teléfono: _____ Hora inicio síntomas: _____ Hora de consumo: _____
 Primer síntoma: _____ Periodo de incubación: _____
 Dirección de residencia: _____
 Lugar de consumo alimento sospechoso: _____ Dirección: _____
 Lugar de preparación alimento sospechoso: _____ Dirección: _____
 Lugar de compra alimento sospechoso: _____ Dirección: _____

Signos y síntomas (marque con una X según corresponda)

Gastrointestinales		Neurológicos		Otros	
Nauseas	<input type="checkbox"/>	Parestesia	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	Hipoestesia	<input type="checkbox"/>	Deshidratación	<input type="checkbox"/>
Diarrea líquida	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	Decaimiento	<input type="checkbox"/>
Diarrea con mucosidad	<input type="checkbox"/>	Espasmo muscular	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>
Diarrea con sangre	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Rush Cutáneo	<input type="checkbox"/>
Dolor - Cólico abdominal	<input type="checkbox"/>				
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>		
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Otro: _____	<input type="checkbox"/>		

III. Información del resto de los expuestos: (Entreviste a todas las personas sanas o enfermas que consumieron alimentos sospechosos)

Información del paciente				Información clínica								Signos y síntomas (Regístrelos en los espacios y luego marque con una cruz)				Alimentos sospechosos (Regístrelos en los espacios y luego marque con una cruz)				Otros		
Nombre Completo	Edad	Sexo (H/M)	Teléfono	¿Enfermó? S/NO	¿Requirió atención? S/NO	¿Requirió Hospitalización? S/NO	Fecha inicio de síntomas	Hora inicio de síntomas	Fecha atención	Hora atención	¿Hubo toma Muestra clínica?					Fecha consumo alimento sospechoso	Hora consumo alimento sospechoso					Lugar de consumo
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

IV. Observaciones:

