

Nombre Entrevistador \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_ Fecha entrevista \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**I. DATOS DEL PACIENTE**

Nombre completo del caso índice \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo (F/M) \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Establecimiento de Notificación \_\_\_\_\_ Fecha de notificación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**II. DATOS CLÍNICOS**

Establecimiento donde consultó \_\_\_\_\_  
 Fecha 1ª consulta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha primeros síntomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Síntomas / Signos	Sí	No	Se desconoce
Irritabilidad			
Decaimiento			
Fiebre			
Vómitos			
Otros signos / síntomas			

En caso de S.H.U.	Sí	No	Se desconoce
Daño renal (Anuria/Oliguria)			
Edema			
Hipertensión			
Otros signos / síntomas			

¿Recibió tratamiento antibiótico antes de la confirmación de laboratorio?			
---------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Síntomas / Signos	Sí	No	Se desconoce
Dolor Abdominal			
Diarrea Acuosa			
Diarrea Sanguinolenta			
Prolapso Rectal			

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Manifestación Neurológica	Sí	No	Se desconoce
Ataxia			
Convulsiones			
Coma			

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**III. ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE SALUD**

Tipo de Atención Ambulatorio  Hospitalización

Comentarios \_\_\_\_\_

Fecha de confirmación de laboratorio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Evolución del paciente / secuelas \_\_\_\_\_

Caso Aislado Sí  No

¿Conoce a alguien con la misma enfermedad? Sí  No

¿A quién conoce y dónde? \_\_\_\_\_

**IV. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

- ¿Ha consumido leche fresca proveniente directamente del animal? Sí  No
- ¿Consumió algún queso de origen artesanal en los 15 días antes del inicio de los síntomas? Sí  No
- Consumió carne en los 15 días antes del inicio de los síntomas Sí  No
- ¿Cómo consumió la carne? Cocida  Semicocida  Cruda
- ¿Consumió asado a la parrilla en los 15 días antes del inicio de los síntomas? Sí  No
- ¿Consumió comida rápida (hamburguesas principalmente) en los 15 días antes del inicio de los síntomas? Sí  No

7. ¿Usted cambia / lava los utensilios de cocina al manipular distintos tipos de alimentos? Sí  No
8. ¿Utiliza la misma tabla de picar para las verduras y la carne? Sí  No
9. ¿Acostumbra cubrir la carne con paños de cocina que posteriormente sigue usando en el secado de vajilla? Sí  No
10. ¿Utiliza microondas para cocinar alimentos? Sí  No
11. ¿Utiliza agua potable para el consumo y preparación de sus alimentos? Sí  No
12. ¿Consumió jugos de fruta o agua de bebida fuera de su hogar en los 15 días previos al inicio de síntomas? Sí  No
13. ¿Consumió cubitos de hielo artesanales en los 15 días previos al inicio de síntomas? Sí  No

¿Dónde? \_\_\_\_\_

14. ¿Usted ha salido de paseo al campo en los 15 días previos al inicio de síntomas? Sí  No
15. ¿Consumió en ese paseo frutas y verduras sin lavar o lavadas con agua no potable? (río, laguna, estanque) Sí  No
16. ¿Consumió en ese paseo agua sin hervir de alguna fuente de origen desconocido? (río, laguna, estanque) Sí  No
17. ¿Ha tenido contacto con animales de granja? Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

#### V. DATOS DEL DECLARANTE

Persona responsable de responder la encuesta \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

