



Dirección General de Salud Pública

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE DISENTERÍA BACILAR

DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Identificación (apellidos y nombre): _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Edad: (Años): ___ Sexo: Hombre Mujer

día mes año

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ Tfno. _____

Ocupación _____

Manipulador de alimentos: SI NO

Cuidador de guardería: SI NO

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas ___ / ___ / ___

Descripción clínica

Signos/Síntomas	SI	NO	NC.
Diarrea			
Fiebre			
Dolor abdominal			
Tenesmo			
Heces con sangre, moco y pus			

Otros síntomas (Citar): _____

Complicaciones (Citar): _____

Ingreso en hospital No Sí Fecha de hospitalización: ___ / ___ / ___

Centro _____ Servicio _____

Tratamiento: _____

Evolución: Curación Fallecimiento : Fecha: ___ / ___ / ___

DATOS DE LABORATORIO

Fecha y Germen aislado

Confirmación: Coprocultivo _____

Fecha de negativización de coprocultivo (2 muestras): / /
 / /

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Caso: Esporádico Asociado a brote
Sospechoso/probable Confirmado

Consumo de agua: Red de abastecimiento público
Fuente pública
Pozo
Otros , citar: _____.

Depuración de aguas residuales en la localidad: No Sí

Alimento sólido o líquido sospechoso ingerido en los últimos 4 días:
(Citar alimento, lugar de adquisición y consumo): _____

Centro de asistencia (si procede): Guardería Colegio Aula: _____

Contacto con casos de diarrea: No Sí

Observaciones:

DATOS DEL DECLARANTE

Fecha declaración del caso ____ / ____ / ____

Médico que declara el caso _____

Centro de Trabajo _____ Tfno _____

Municipio _____ Provincia _____

Firma:
