



FICHA EPIDEMIOLOGICA DE INTOXICACIÓN ALIMENTARIA (ETA)
INDIVIDUAL

A-IDENTIFICACION PERSONAL Y ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA ENTREVISTADA (marcar

lo que corresponda)

1-Nombre y Apellido.....

2- Domicilio:.....

Calle y número

Localidad

Municipio

3-Edad:.....años Sexo: F () M ()

4- Situación del entrevistado: Hospitalizado () Ambulatorio () Domicilio ()

5-Su relación con el brote de ETA: Manipulador () Comensal () Otra:.....
especificar

B-SINTOMAS CLINICOS Y TRATAMIENTO

6-Síntomas predominantes:

() no ha presentado () náuseas () diarrea () calambres abdominales

Ningún síntoma () vómitos () fiebre () otro.....

especificar

7-Si enfermó indicar momento en que se iniciaron los síntomas:...../...../..... Hora:.....
día mes año

8-Si recibió medicación, indicar: 8.1 Nombre del medicamento.....

8.2 Inicio del tratamiento:/...../..... Hora:.....
día mes año

C-ALIMENTOS INGERIDOS SEGÚN DÍA, HORA Y LUGAR DONDE FUERON CONSUMIDOS:

Día de la ingestión	9-Alimentos ingeridos	10-Hora de la ingestión	11-Lugar y dirección donde se consumieron
Día del inicio de los Síntomas			
Día anterior al inicio de los síntomas			
Dos días antes del inicio de los síntomas			

D-MUESTRAS CLINICAS Y/O ALIMENTOS Y/O SUPERFICIE AMBIENTAL ENVIADAS Y RESULTADOS DE LABORATORIO

12-Muestra	13-Enviada SI NO	14-Agente etiológico detectado	15-Recuento	16-Interpretación
Heces.....				
Vómitos.....				
Sangre.....				
Restos de alimentos..				

17- Fecha...../...../.....
día mes año

Responsable:.....

Firma y aclaración

INFORME FINAL DE BROTES (ETA) AL SINAVE

1. **Identificación** del brote: Provincia Departamento Localidad
Día Mes Año

2. **Distribución** por grupos de edad

	Total de expuestos	Total Enfermos	Internados	Fallecidos
Menor de 1				
1 a 4				
5 a 14				
15 a 44				
45 a 64				
65 y más				
Sin Especificidad				
TOTAL				

3. Período de **incubación** (marque con X): en horas en días en semanas **Mediana**

4. **Sintomatología más importante:** náuseas vómitos diarrea dolor abdominal fiebre
edemas neurológica cardiovascular cefalea mialgias otros.....

5. **Alimento** / Vehículo implicado:

Sospechado

Confirmado por laboratorio

Conf. epidemiológica

6. Categoría de alimento (a)

7. Lugar donde se consumió el alimento (b)

8. Lugar donde el alimento perdió inocuidad (c)

9. Factores de contaminación (d)

10. Factores de proliferación (e)

11. Factores de sobrevivencia (f)

CATEGORÍAS DE VARIABLES

6. Categoría de alimento (a)

0. Categoría de alimento (a)	Productos panadería	Huevo	Bocadillos tortas
Lácteos	Carne de ave	Dulces – miel	Pasta rellena
Aceites y grasas	Carne de cerdo	Condimentos – sopas	Mixtos
Helados y sorbetes	Carne de vaca	Especies	S/Especificar
Frutas secas, nueces	Carne de pescados	Agua	
Hortalizas – Hongos	Otras carnes	Bebidas alcohólicos	
Farináceos – Cereales	Mariscos	Bebidas no alcohólicos	

7. Lugar donde se consumió el alimento (b)

Familiar

Poblacional (ej: camping, varias familias por compra comercial)

Institucional:

Escuela

Cuarteles

Guarderías

Servicios Médicos

Otras Instituciones

Restaurante

Puesto Callejero

Fiestas

Servicio a bordo

8. Lugar donde el alimento perdió inocuidad (c)

Prod. Primaria
Prod. Industrial
Almacenamiento
Transporte
Manipul. Comercial
Manipul. Doméstica
Otros
S/Especificar

9. Factores de contaminación (d)

Tóxicos en tejidos
Tóxicos agregados
Tóxicos en exceso
Contam. cruzada
Manipulador infectado
Otra fuente
S/especificar

10. Factores de proliferación (e)

Enfriamiento lento
Mala conservación
Almacen. En frío
prolongado
Baja acidez
Bajo secado
Mal descongelado
Envasado al vacío
Otras S/Especificar

11. Factores de sobrevivencia (f)

Cocción insuficiente
Acidez insuficiente
Descongelamiento
insuficiente
Otras fallas
S/Especificar

12. Laboratorio: resultados

Muestras	(+)	Resultados: etiología – Tipificación
Enfermos		
Manipuladores		
Alimento		
Entorno		

13. Principales **medidas adoptadas** _____

14. Reseñar si hubiera otras _____

15. **Observaciones:** Informe añadido: a autoridades _____ a comunidad _____

Firma y aclaración del responsable: _____

BOTULISMO (todos los tipos)

Ficha de notificación al SINAVE

Año..... Provincia.....Partido o Depto.....

Datos particulares:

Apellido y nombreRelación con casos:.....

Fecha nacimiento /..... /..... Edad en años meses Sexo (F / M)

Domicilio.....Localidad.....

.....

Establecimiento de internación:

Fecha inicio de síntomas/...../..... Fecha consulta/...../..... Fecha internación

...../...../.....

Uso de ARM (marcar) Si / No Condición de alta (marcar): Curado, Derivado o Fallecido

Tipo Botulismo (marcar): Alimentario Lactante Herida Otros

Muestras remitidas para diagnóstico (colocar SI a las muestras remitidas):

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Muestras positivas: (colocar SI a las muestras positivas)

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Informe Laboratorio:

Tipo de toxina (A, B, E) Demora del informe (Sin Informe, <24 hs, 24y+):.....

Empleo de antitoxina (Si / No) Demora en administrarla (<24 hs, 24 a 48, 48y+):.....

a) Alimentario

Alimento sospechoso:

Industrial: Si / No Casero: Si / No Fecha ingestión alimento sospechoso: /..... /.....

b) Lactante

De 2 a 12 días antes de síntomas: 1.- Consumió? (marcar): miel infusiones

2.- Reparación o remodelación en domicilio? Si / No 3.- Limpieza de alfombras? Si / No

c) Heridas

De 4 a 14 días antes de síntomas: 1.- Ocurrió una herida? (marcar): Si / No

Tipo (marcar) Quirúrgica Accidental 2.- Drogadicción IV (marcar) (marcar): Si / No

d) Otros

Inhalación Si / No Intestinal Si / No

Firma responsable