

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE EDA

CÓLERA, MONITOREO DE VIBRIO CHOLERAEE EN EL 2% Y VIGILANCIA DE EDA POR NUTRAVE



ANVERSO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

SISTEMA DE VIGILANCIA AL QUE PERTENECE EL CASO: CÓLERA MONITOREO DE V. cholerae en el 2% de la EDA NuTraVE
 Especificar 1=SI, 2=NO (se puede elegir máximo 2 opciones)

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ Especificar: 1.-DIF 2.-Estat 3.-IMSS ORD FOLIO DE PLATAFORMA: _____
TIPO DE DERECHOHABENCIA

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ EDAD: AÑOS _____ MESES _____
DÍA MES AÑO MASC. FEM.

Ocupación: _____

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Especifique: 1.-URBANA 2.-SEMIURBANA 3.-RURAL

CALLE: _____
NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR COLONIA CP

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ TELÉFONO: _____

¿SE CONOCE COMO INDÍGENA? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE ¿HABLA LENGUA INDÍGENA? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE ¿CUÁL? _____

¿ES UN CASO BINACIONAL? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE PAIS: _____ ESTADO O CIUDAD: _____

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD, NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: (APLICA PARA MONITOREO 2% y NuTraVE) _____

ES MIGRANTE _____ PAIS DE NACIONALIDAD: _____ PAIS DE ORIGEN: _____

PAIS DE TRANSITO EN LOS ULTIMOS 3 MESES: 1: _____ 2: _____ 3: _____

4: _____ FECHA DE INGRESO AL PAIS: _____
DÍA MES AÑO

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

CLUES: _____ ENTIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ INSTITUCIÓN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ SERVICIO DE INGRESO: _____
1=CONSULTA EXTERNA, 2=CONSULTA DE URGENCIA, 3=OBSERVACIÓN DE URGENCIAS, 4=HOSPITALIZACIÓN.

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____ FECHA DE CAPTURA: _____ SEMANA DE NOTIFICACIÓN: _____
DÍA MES AÑO

III. DIAGNÓSTICOS

Dx PROBABLE: _____ Dx FINAL: _____ FECHA DE DX.FINAL: (Dado por el sistema cuando el LESP concluye el caso) _____

IV. ANTECEDENTE VACUNAL (EN MENORES DE 5 AÑOS Solo NuTraVE)

¿CUENTA CON APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA ROTAVIRUS? 1=SI, 2=NO, 9=SE IGNOR/ FUENTE: 1=CARTILLA, 2=COMPROBANTE, 3=CENSO NOMINAL

TIPO DE VACUNA

ROTARIX: _____ 1RA. DOSIS _____ 2DA. DOSIS _____
DÍA MES AÑO

ROTATEQ: _____ 1RA. DOSIS _____ 2DA. DOSIS _____ 3RA. DOSIS _____
DÍA MES AÑO

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿HA VISITADO OTROS LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE FECHA EN QUE VISITÓ: _____

PROCEDENCIA: 1=LOCAL (MISMA ENTIDAD), 2=IMPORTADO (NACIONAL), 3=IMPORTADO (OTRO PAÍS).

SI SALIÓ A OTRO PAÍS, ¿CUÁL?: _____ PAÍS: _____ CIUDAD O LUGAR: _____

SI SALIÓ A OTRO ESTADO, ¿CUÁL?: _____ ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

FACTORES ASOCIADOS 1-DIABETES MELLITUS 2=DESNUTRICIÓN 3=EMBARAZO FERMEADES ONCOLÓG 5=OTRAS INMUNOSUPRESORAS 6=HIPERTENSIÓN, 7=VIH/SIDA, SE IGNORA, NINGUNA S ANTERIORES), (ESPECIFIQUE: _____

¿Existen Enfermos similares en la localidad? 1=SI, 2=NO, 9=SE IGNORA ESPECIFIQUE LUGAR: _____
1=HOGAR, 2=COLONIA/LOCALIDAD, 3=ÁREA DE TRABAJO, 4=ESCUELA, 5=GUARDERÍA, 6=OTRO, Especifique

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RESPONDA CON: 1=SI, 2=NO, 9=SE IGNORA

¿EL CASO PERTENECE A UN pb. BROTE YA IDENTIFICADO?

PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN

ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO DÍAS:

TIPOS DE ALIMENTOS: PESCADOS MARISCOS CARNES Especifique: 1.- Res. 2.- Puerco. 3.-Pol FRUTAS _____ VERDURAS _____ QUESO _____ HUEVO _____
Especifique: 1.Crustáceo(camarón, cangrejo, langostino, percebe) 2.Molusco(mejillón, almeja,berberecho, chipirones, pulpo. 3.- Equinodermo (Erizo)

HIELO Tipo de Hielo: 1=CASERO, 2=COMERCIAL, 9=SE DESCONOCE OTRO: _____ ESPECIFIQUE: _____

ALGUNO DE LOS ALIMENTOS SE CONSUMIÓ CRUDOS espifique 1: sí 2:no ¿Cuál? _____

SITIO DE CONSUMO O ABASTO DE AL HOGAR ESCUELA GUARDERIA TRABAJO REUNION/FESTEJO PUESTOAMBULANTE PUESTO FIJO SEMIFIJO CALQ
OTRO ALIM ESPECIFIQUE _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO (SI EL SITIO DE CONSUMO NO ES EL HOGAR) _____ DOMICILIO DEL SITIO DE CONSUMO: _____ FECHA DE CONSUMO: _____
DÍA MES AÑO

PROCEDENCIA DEL AGUA DE CONSUMO: RÍO/LAGO POZO/NORIA AGUA ENTUBADA GARRAFÓN PIPA OTRO
Especifique _____

TRATAMIENTO DEL AGUA DE CONSUMO HUMANO Y PREPARACIÓN DE ALIMENTO HIERVE FILTRA CLORA PLATA COLOIDAL YODO

ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN DOMICILIO: DRENAJE FOSA SÉPTICA LETRINA FECALISMO A RAS DE SUELO

PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN*: ALIMENTOS AGUA HIELO

ANVERSO

