

**FICHA DE VIGILANCIA DIARREA SANGUINOLENTA**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o del vecino/a: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Tipo de alimento que consumió: \_\_\_\_\_  
 Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ambulatorio  Internado  
 ¿Tomó antibióticos previamente?  Si  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**2. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Asiste a alguna institución:  Si  No ¿Con régimen de internado?  Si  No  
 Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Alimentos Involucrados:**

Productos cárnicos (cuál): \_\_\_\_\_  
 Productos lácteos: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

Fecha inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha 1er consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3. RESULTADOS DE LABORATORIO**

Muestras procesadas	Materia fecal	
	Hisopado	Entera
Tipo de muestra		
Fecha de toma de muestra	___/___/___	___/___/___
Fecha de procesamiento	___/___/___	___/___/___

**Técnicas y muestras utilizadas:**

Técnicas	Sangre Macroscópica	Hematíes	Leucocitos por campo (40 X)
Examen directo M/Fecal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <5 <input type="checkbox"/> 5-20 <input type="checkbox"/> >20
Coprocultivo	Sin desarrollo _____		Con desarrollo _____

**Germen aislado:**

Escherichia Coli  Salmonella  Typhimurium  Agona  Oraniemburg  Enteritidis  
 Shigella  Dysenteriae  Flexneri  Boydii  Sonnei  Campilobacter  Yersinia

**Caracterización de STEC:**

Derivado Central:  Si  No Fecha de envío de la muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**4. DATOS DEL NOTIFICANTE**

Nombre y apellido de profesional notificante: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico/a: \_\_\_\_\_