

FORMULARIO DE ENTREVISTA DE ENFERMEDADES ENTÉRICAS GENERALES: SALMONELLA Y CAMPYLOBACTER

Versión 01-2025

Departamento de Salud que informa		
Realizada por:	Departamento de Salud local (Local Health Departamento, LHD)	Teléfono:
Fecha del primer intento de entrevista: / /		Fecha de realización de la entrevista: / /
<input type="checkbox"/> El caso fue entrevistado	El caso no fue entrevistado porque: <input type="checkbox"/> Inaccesible <input type="checkbox"/> Se rechazó <input type="checkbox"/> Sin teléfono que funcione <input type="checkbox"/> Otro _____	

NOTA: Incluso si el caso no pudo entrevistarse, complete la información anterior e ingrésela en el Sistema Electrónico de Vigilancia de Enfermedades de Connecticut (Connecticut Electronic Disease Surveillance System, CTEDSS) al finalizar la entrevista.

Información sobre el caso					
Apellido:			Nombre:		
Dirección:			Ciudad:		Código postal:
Teléfono: () -	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de recolección de la muestra: / /	Fuente: <input type="checkbox"/> Heces <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otra _____				
Patógeno:			Laboratorio:		

Antes de preguntar sobre su enfermedad, nos gustaría obtener información sobre su raza y etnia.

¿Cuál es su raza? Blanca Afroamericana Asiática Hawaiano Nativo / Isleño del Pacífico
 Indígena estadounidense / nativo de Alaska Otra _____ No sabe

¿Es usted de origen hispano/latino? Sí No No sabe

Información sobre la enfermedad	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles adicionales:
¿Tuvo algún síntoma asociado a esta				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m.
Vómito				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m.
Diarrea				Fecha y hora de la manifestación: / / : a. m. p. m. Número de días que duró la diarrea:
Diarrea con sangre				
Fiebre				Temperatura máxima:
¿Todavía tiene síntomas?				En caso negativo, número total de días que duró la enfermedad:
	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles adicionales:
¿Lo hospitalizaron? (Solo para los pacientes hospitalizados, no incluye la consulta en la sala de urgencias)				Nombre del hospital: Fecha de admisión: / / Fecha del alta médica: / /
Durante alguna parte de la hospitalización, ¿estuvo en una Unidad de Cuidados Intensivos (Intensive Care Unit, ICU) o en una Unidad de Cuidados Críticos (Critical Care Unit, CCU)?				

Resultado: Sobrevivió Murió

Información sobre la ocupación y los factores de riesgo				
¿Cuál es su ocupación?				
	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, especifique el nombre y la dirección del centro
¿Trabaja o es voluntario en un establecimiento que prepara, sirve, manipula o vende alimentos?				
Brinda atención directa al paciente fuera del hogar				
Trabaja en una guardería				
Asiste a una guardería				

Cuéntenos de otros parientes, su edad, su ocupación y si tuvieron una enfermedad semejante:

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Enfermo	En caso afirmativo, fecha de manifestación de síntomas
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

NOTA: Si los contactos del caso o del hogar tienen ocupaciones o realizan actividades de alto riesgo, aplique las correspondientes recomendaciones de control. Consulte el "Manual de referencia de enfermedades infecciosas"

¿Viajó a algún otro estado en los <u>siete días anteriores</u> a la enfermedad?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	
Ciudad / Estado:	Salida de Connecticut: / /	Regreso a Connecticut: / /					
Ciudad / Estado:	Salida de Connecticut: / /	Regreso a Connecticut: / /					
¿Viajó fuera de los Estados Unidos en los <u>siete días anteriores</u> a la enfermedad?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	
País:	Salida de Connecticut: / /	Regreso a Connecticut: / /					
País:	Salida de Connecticut: / /	Regreso a Connecticut: / /					
En los <u>seis meses anteriores al</u> comienzo de su enfermedad, ¿viajó fuera de los Estados Unidos?							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, indique los países.							
En los <u>seis meses anteriores al</u> comienzo de su enfermedad, ¿algún miembro de su familia viajó fuera de los Estados Unidos?							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, indique los países.							
¿Asistió a alguna fiesta o reunión importante (fiestas, ferias, festivales) en los siete días anteriores a la enfermedad?							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Evento:	Ciudad:	Fecha y hora: / /	:	a. m. p. m.			
Alimentos consumidos:							
¿Ingerió comida de algún restaurante en los siete días anteriores a la enfermedad?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora: / /	:	a. m. p. m.			
Alimentos consumidos:							
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora: / /	:	a. m. p. m.			
Alimentos consumidos:							
Nombre:	Ciudad:	Fecha y hora: / /	:	a. m. p. m.			
Alimentos consumidos:							
¿Dónde compró los alimentos que consumió en los <u>siete días anteriores a la</u> enfermedad? (incluidos mercados de agricultores, el servicio de entrega a domicilio).							
Nombre de la tienda			Ciudad				
Dieta especial				Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, especifique o describa, marca o tipo:
Alergias que le impiden comer ciertos alimentos							
Dieta vegetariana o vegana							
Dieta especial o restringida (pérdida de peso, cultural, religiosa)							
Si se trata de un lactante, leche de fórmula o alimentos para bebés							
¿Tuvo alguna de las siguientes exposiciones en los siete días anteriores a su enfermedad?							
<i>(Nota para el entrevistador: en caso afirmativo, haga las preguntas de seguimiento que se indican)</i>							
Exposición relacionada con el agua		Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, dónde:		
Beber agua no tratada (manantial natural, estanque, lago, río)							
Nadar, vadear o jugar en agua no tratada (océano, lago, estanque, río, arroyo o manantial natural)							
Nadar, vadear o jugar en agua tratada (piscina, bañera de hidromasaje/spa, fuente, zona de chapoteo o parque acuático con agua tratada o clorada)							
Contacto con animales		Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, dónde y tipo de animal:		
Perro							
¿Es el perro un cachorro (<1 año)?							
Gato							
Otros mamíferos de compañía (roedores, hurones, conejos, conejillos de indias)							
Reptiles y anfibios (tortugas, ranas, lagartos)							
Otras mascotas (peces, cangrejos ermitaños)							
Aves de corral vivas (pollos, pavos)							
Ganado bovino, cabras, ovejas							
Cerdos							
¿Visitó, trabajó o vivió en una granja, rancho o zoológico?							
Contactos con enfermos		Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, quién:		
Hogar o contacto cercano con diarrea							

La sección de exposición a los alimentos que figura a continuación puede omitirse si el caso viajó al extranjero durante todo el período de siete días previo a la manifestación. Si el caso estuvo fuera del país solo durante parte del período de siete días antes de la manifestación, recopile información sobre los alimentos ingeridos durante su estancia en los Estados Unidos.

¿Comió los siguientes productos en los siete días anteriores a su enfermedad? (Nota para el entrevistador: en caso afirmativo, formule las preguntas de seguimiento indicadas y especifique la marca, el tipo y el lugar de compra o consumo).				
Carnes y mariscos	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles de la comida:
Pollo o alimentos que contengan pollo (charcutería, molido, cecina)				
¿Todo el pollo en casa se compró fresco?				
¿Todo el pollo en casa se compró congelado?				
¿El pollo estaba molido?				
Pavo o alimentos que contengan pavo (charcutería, molido, cecina)				
¿El pavo estaba molido?				
Carne de res o alimentos que contengan carne de res (charcutería, molida, cecina)				
¿La carne de res estaba molida?				
¿La carne molida estaba cocida a término medio o cruda?				
Carne de cerdo o alimentos que contengan carne de cerdo (charcutería, picada, cecina)				
Cordero o carnero				
Hígado crudo o cocido a término medio				
Paté de hígado				
Carne de caza (bisonte, alce, conejo, venado)				
Pescado o productos de pescado				
¿El pescado estaba cocido a término medio o crudo (sushi)?				
Mariscos (cangrejo, camarón, ostras, almejas)				
¿Los mariscos estaban cocidos a término medio o crudos?				
Huevos y lácteos	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles de la comida:
Huevos				
¿Los huevos estaban cocidos a término medio o crudos?				
Alimentos elaborados con huevos crudos (mayonesa, masa de galletas)				
Leche sin pasteurizar o cruda				
Otros productos lácteos crudos (queso, yogur, helado)				
Todos los productos lácteos				
Productos frescos y crudos	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles de la comida:
Melón				
Sandía				
Bayas, especifique el tipo:				
Lechuga, especifique el tipo:				
¿La lechuga estaba preempacada o envasada?				
¿La lechuga era la cabeza entera o de hoja suelta?				
Espinacas crudas				
Tomates crudos, especifique el tipo:				
Pepinos, especifique el tipo:				
Coles, especifique el tipo:				
Hierbas frescas, especifique el tipo:				
Otras frutas y verduras (frescas, secas, congeladas)				
Otros alimentos	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles de la comida:
Cualquier zumo, sidra o batido no pasteurizado o crudo				
Frutos secos crudos (no tostados ni procesados)				
Mantequilla de maní o productos que contienen mantequilla de maní (galletas)				
Platos principales congelados (pasteles de carne, productos rellenos de pollo, pizza)				

--	--	--	--	--

Las siguientes preguntas deberían formularse para **todos los casos de Salmonella** y **Campylobacter con cepas** disponibles.

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su historia clínica y los tratamientos que ha recibido. Puede que algunas de estas preguntas no apliquen a usted, pero hay que hacérselas a todos. Su respuesta servirá para entender mejor estas infecciones y saber cómo prevenirlas mejor, especialmente en las poblaciones vulnerables.				
Comorbilidades	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles adicionales:
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se le diagnosticó o trató por cáncer (incluso leucemia o linfoma)?				
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se le diagnosticó o trató por diabetes ?				
En los seis meses anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿se sometió a una cirugía abdominal (extirpación del apéndice o de la vesícula biliar, o cualquier cirugía del estómago o del intestino grueso)?				
¿Tiene alguna enfermedad subyacente o está inmunocomprometido?				Indique:
Medicamentos	Sí	No	No sabe	En caso afirmativo, detalles adicionales:
¿Tomó antibióticos para esta enfermedad ?				Nombre los antibióticos: Fecha de inicio: Fecha de finalización:
En los 30 días anteriores al comienzo de su enfermedad, ¿tomó algún antibiótico ?				Nombre los antibióticos:

Eso completa la entrevista. Gracias por tomarse el tiempo de responder estas preguntas. Sus respuestas pueden ser útiles para evitar que otros se enfermen.

Nombres de antibióticos

- | | | | | |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|
| Amoxicilina | Amoxicilina/Clavulanato | Ampicilina | Augmentine | Azitromicina |
| Trimetoprima | Claritromicina | Ceclor | Cefaclor | Ceftriaxona |
| Cefixima | Cefuroxima | Cefzil | Cefprozil | Cefalexina |
| Cefradina | Ciprofloxacina/Cipro | Claritromicina | Dapsona | Doxiciclina |
| Duricef | Eritromicina | Eritromicina/sulfisoxizol | Flagyl | Floxin |
| Keflex | Keftab | Levofloxacina | Levoquin | Metronidazol |
| Norfloxacina/Norflo | Ofloxacina/Oflox | Pediazol | Penicilina/Pen VK | Septra |
| Suprax | Tetraciclina | Trimox | Trimetoprima/Sulfa | Zithromax/Z-Pak |

COMENTARIOS: _____

Ingrese los datos de la entrevista en el CTEDSS. Gracias.