

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA - LISTERIOSIS

1. INFORMACION DEL CASO

Caso: adultos y niños mayores de 1 mes. Para fetos o recién nacidos, la madre es el caso.

Nombre: _____ RUT: _____

Dirección: _____ Nacionalidad: _____

Ciudad: _____ Región: _____

Nombre del Hospital notificador: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Antecedentes Mórbidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad (años): ____

Comuna de Ocurrencia: _____ Región de Ocurrencia: _____

2. ¿ESTE CASO ESTA ASOCIADO A EMBARAZO? (Enfermedad en embarazadas, fetos o recién nacidos menores de un mes)

<input type="checkbox"/>	Sí	<i>si su respuesta es sí, pasar al número 4.</i>
<input type="checkbox"/>	No	<i>si su respuesta es no, continúe con el número 3.</i>
<input type="checkbox"/>	Se desconoce	<i>si su respuesta es se desconoce, continúe con el número 3.</i>

3. CASO NO ASOCIADO A EMBARAZO (Enfermedad en adultos sin embarazo y niños mayores de un mes)

Tipo (s) de enfermedad (estuvo hospitalizado?	RESULTADO
<input type="checkbox"/> Bacteremia/Sepsis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sobrevivió
<input type="checkbox"/> Meningitis/meningoencefalitis	<input type="checkbox"/> Aún hospitalizado	<input type="checkbox"/> Murió
<input type="checkbox"/> Gastroenteritis febril	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se desconoce	
<input type="checkbox"/> Se desconoce		

4. CASOS ASOCIADOS A EMBARAZOS (Enfermedad en embarazadas, fetos, o niños menores de 1 mes)

Resultado del embarazo (único o gemelo 1)	Semanas gestación	Resultado del embarazo (gemelo 2)	Semanas gestación
Aun embarazada		Aun embarazada	
Muerte Fetal		Muerte Fetal	
Parto (feto vivo)		Parto (feto vivo)	
Otro		Otro	

Tipo (s) de enfermedad en la madre	Tipo (s) de enfermedad neonato (gemelo 1)	Tipo (s) de enfermedad neonato (gemelo 2)
<input type="checkbox"/> Bacteremia/Sepsis	<input type="checkbox"/> Bacteremia/Sepsis	<input type="checkbox"/> Bacteremia/Sepsis
<input type="checkbox"/> Meningitis/meningoencefalitis	<input type="checkbox"/> Meningitis/meningoencefalitis	<input type="checkbox"/> Meningitis/meningoencefalitis
<input type="checkbox"/> Gastroenteritis febril	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Infección del líquido amniótico	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Se desconoce
<input type="checkbox"/> Se desconoce		

¿Estuvo hospitalizada la madre?	¿Estuvo hospitalizado el neonato (gemelo 1)?	¿Estuvo hospitalizado el neonato (gemelo 2)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Aún hospitalizado	<input type="checkbox"/> Aún hospitalizado	<input type="checkbox"/> Aún hospitalizado
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Se desconoce

Resultado de la madre	Resultado del neonato (gemelo 1)	Resultado del neonato (gemelo 2)
<input type="checkbox"/> Sobrevivió	<input type="checkbox"/> Sobrevivió	<input type="checkbox"/> Sobrevivió
<input type="checkbox"/> Murió	<input type="checkbox"/> Murió	<input type="checkbox"/> Murió
<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Se desconoce	<input type="checkbox"/> Se desconoce

ENTREVISTA AL PACIENTE									
Fecha de la entrevista: _____									
Persona que se entrevista:		<input type="text"/> Paciente	<input type="text"/> Sustituto	<input type="text"/> Desconocido					
Si la respuesta es sustituto, relacion con el paciente:									
<input type="text"/> Padre/Madre	<input type="text"/> Hijo	<input type="text"/> Hermano (a)	<input type="text"/> Esposo (a)						
Otro, especificar _____									
¿Cuándo comenzó su enfermedad? (fecha inicio de síntomas) ____/____/____									
¿Durante las 4 semanas previas a su enfermedad (fecha al alta), estuvo hospitalizado? (más de una noche)				SÍ	No	Se desconoce			
¿Durante las 4 semanas previas a su enfermedad (fecha al alta), estuvo en una residencia de adulto mayor?				SÍ	No	Se desconoce			
¿Durante las 4 semanas previas a su enfermedad (fecha al alta), viajó a otra región distinta a su región de residencia?				SÍ	No	Se desconoce			
¿Durante las 4 semanas previas a su enfermedad (fecha al alta), viajó fuera del país?				SÍ	No	Se desconoce			
Si su respuesta es SÍ, nombre el país que visitó _____									
Fecha de Salida de Chile ____/____/____									
Fecha de entrada a Chile ____/____/____									
¿Cuales de los siguientes síntomas se presentaron en su enfermedad? (Leer cada uno, encerrar la respuesta en un círculo)									
Fiebre	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____	Diarrea (mas de 3 deposiciones/dia)	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____		
Escalofrios	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____	Vómitos	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____		
Dolor de Cabeza	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____	Parto prematuro	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____		
Dolores musculares	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____	Otro _____	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____		
Rigidez de nuca	Si ____	No ____	Se desconoce ____	Otro _____	SÍ ____	No ____	Se desconoce ____		
HISTORIA ALIMENTARIA									
INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: pregunte acerca de la comida que él/ella ha consumido durante las 4 semanas previas a la toma de muestra. En el caso de una muerte fetal o infección del niño menor de 1 mes, se debe entrevistar a la madre acerca de su historia alimentaria durante las 4 semanas previas al PARTO. Por favor, referirse a la persona como "Usted", si entrevista al caso directamente. Si entrevista a un sustituto, por favor usar "él" o "ella". Si usted considera que hay otros productos sospechosos, por favor incluirlos en las casillas en que no se nombran alimentos.									
INSTRUCCIONES PARA LEER AL CASO (O SUSTITUTO)									
Estoy interesado en conocer lo que comió durante las 4 semanas previas a su enfermedad. Usted tiene una muestra positiva a listeria el ____/____/____ (fecha). Durante la mayor parte de la entrevista le preguntaré acerca de las 4 semanas previas a esta fecha, lo que corresponde a ____/____/____ (4 semanas antes) hasta ____/____/____ (Fecha de toma de muestra). (muestre un calendario si es posible). Primero le preguntaré acerca de los lugares donde compra su comida. Para cada uno, por favor dígame si consumió comida comprada en ese tipo de recinto durante el periodo de 4 semanas. Seguramente será difícil de recordar, pero por favor intente. Si usted no esta seguro, por favor dígame si frecuentemente u ocasionalmente usted comía esa comida en ese local.									
I. HISTORIA DE LA COMPRA DE COMIDA									
A. Supermercados: ¿Compró comida en supermercados durante el periodo de 4 semanas?									
SÍ ____		Probablemente ____		Probablemente NO ____		NO ____		<i>Si la respuesta es SÍ o Probablemente</i>	
Nombre del supermercado	Dirección			Comuna		Región			
1									
2									
3									
B. Minimarket, ferias: ¿Comió comida comprada en algún emporio, minimarket, feria o vega durante el periodo de 4 semanas?									
SÍ ____		Probablemente ____		Probablemente NO ____		NO ____		<i>Si la respuesta es SÍ o Probablemente</i>	
Nombre	Dirección			Comuna		Región			
1									
2									
3									
C. Restaurant: ¿Comió comida de algún restaurant, incluidos los locales de comida rápida y con reparto a domicilio durante el periodo de 4 semanas?									
SÍ ____		Probablemente ____		Probablemente NO ____		NO ____		<i>Si la respuesta es SÍ o Probablemente</i>	
Nombre	Dirección			Comuna		Región		Fecha en que comió	
1								____/____/____	
2								____/____/____	
3								____/____/____	
D. Otros Lugares: cafeterías, stands, casinos institucionales: ¿Comió comida u obtuvo comida de otros lugares, como casino de su trabajo o escuela, stands, vendedores ambulantes, instituciones (ej. hospital) o vendedores ambulantes durante el periodo de 4 semanas?									
SÍ ____		Probablemente ____		Probablemente NO ____		NO ____		<i>Si la respuesta es SÍ o Probablemente</i>	
Nombre	Dirección			Comuna		Región		Fecha en que comió	
1								____/____/____	
2								____/____/____	
3								____/____/____	

II. HISTORIA DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS						
INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: por favor, lea todas las opciones en cada categoría						
INSTRUCCIONES PARA LEER AL CASO (O SUSTITUTO)						
Ahora me gustaría preguntar acerca de los alimentos que consumió entre ____/____/____ (4 semanas previas) hasta ____/____/____ (fecha de toma de muestra/fecha del parto).						
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Jamón de cerdo					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Embutidos cocidos como: vienesa, salchicha, chorizo, choricillo.					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Pechuga de pavo					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Productos listos para el consumo de pollo					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Paté o pastas para untar derivados de productos cárneos					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Quesos maduros					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Quesos blandos como: camembert, brie					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
Leche no pasteurizada					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Otros alimentos sospechosos como: mantequilla, helados, cecinas al vacio o granel, mariscos, congelados.						
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	
Alimento	Comió	Probable_mente comió	Probable_mente NO comió	NO come	si come o probablemente come. ¿Qué tan frecuente?	si come o probablemente come. ¿Dónde lo compró? (Nombre los lugares)
					~ 1-2 x/mes ____	
					~ 1 x/sem ____	
					~ 2-4 x/sem. ____	
					No esta seguro ____	

Vigilancia de los Alimentos

Instrucciones para el entrevistador: Se debe incluir toda la información de las muestras de alimentos u otro tipo tomadas como resultado de la investigación de este caso.

¿Se tomaron muestras de alimentos? Sí ____ No ____ Se desconoce ____

En caso de toma de muestras por favor completar:

Muestra 1: Tipo de muestra: _____ Lugar toma de muestra _____ Fecha: ____/____/____

Resultado laboratorio local: Positivo a Listeria ____ Negativo ____ Se desconoce ____ Otro agente identificado ____

Muestra enviada al ISP: Sí ____ No ____ Se desconoce ____

Resultado ISP: Positivo a Listeria ____ Negativo ____ Se desconoce ____

Muestra 2: Tipo de muestra: _____ Lugar toma de muestra _____ Fecha: ____/____/____

Resultado laboratorio local: Positivo a Listeria ____ Negativo ____ Se desconoce ____ Otro agente identificado ____

Muestra enviada al ISP: Si ____ No ____ Se desconoce ____

Resultado ISP: Positivo a Listeria ____ Negativo ____ Se desconoce ____