

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA (ETA)

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

Sospechoso: Episodio en el cual dos o más personas presentan una enfermedad similar después de ingerir alimentos y/o agua del mismo origen, y donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implica a los alimentos y/o al agua como vehículo de las mismas.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntoma: ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____

Cefaleas Si No Diarrea Si No Dolor abdominal Si No Vómitos Si No Fiebre Si No Náuseas Si No Mialgias Si No Edema Si No

Otro: _____

DATOS DE LABORATORIO

Muestras	Número de muestra(+)	Resultados: Etiología-Tipificación
Enfermos		
Manipuladores		
Alimento		
Bebidas (agua)		
Entorno		

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Lugar de ingesta y/o compra del alimento: Particular Comercio Institución familiar industrial

¿Cuál? _____

Otro: _____

Alimento Sospechado _____

Mecanismo de transmisión: alimento agua aire vectores Método de comercialización: casero comercial industrial Tratamiento previo a la preparación final: cocido refrigerado congelado Forma de servir y/o ingerir: cocido crudo calentado recalentado

	Menor de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y más	Total
Expuestos							
Enfermos							

Hospitalizado/os _____ Defunciones _____

Primer caso: ____/____/____ Ultimo caso: ____/____/____

Período de incubación (marque con una X la unidad de tiempo que corresponde)

Mínimo _____ Hora Días Sem. Máximo _____ Hora Días Sem.

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ Localidad: _____

e- mail: _____

Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador