

FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN

SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

Definición de caso: toda persona con disfunción (fallo o insuficiencia) renal acompañado de uno o más de los siguientes criterios: anemia hemolítica microangiopática o trombocitopenia ≤ 150.000 cel/mm³.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____

Edad Años Meses Días Sexo F M C.I. N°

Domicilio _____

Depto _____ Distrito _____ Barrio _____

Zona: Urbana Rural País _____ Tel.

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

Estado nutricional Normal Desnutrido: Leve Moderado Severo

Contacto con personas con síntomas similares SI NO cuándo? / / Dónde? _____

Concurre a: Guardería Escuela Comedor comunitario Piscina

Dirección de establecimiento: _____ Realizar visita y lista de contactos

10 días previos a la aparición de los 1° síntomas consumió algunos de los siguientes alimentos?:

Leche preparada con agua no hervida Leche no pasteurizada Carne vacuna

Agua no segura Queso casero Jugo de carne

Jugo exprimido o licuado de fruta casero

Algunos de estos alimentos consumidos fueron adquiridos o elaborados fuera del hogar? SI NO

Dónde los adquirió o consumió? _____

10 días previos a los 1° síntomas visitó lugares con ganado vacuno (granja, campo, zoológico, matadero, otros)? SI NO

Dirección de establecimiento: _____

Procedencia del agua del hogar De red dentro de la casa De red fuera de la casa Camión distribuidor
Represa, laguna, acequia Agua de pozo Otro _____

Eliminación de la basura Recolección Enterramiento Incineración Cielo abierto

Disposición de excretas Cloaca Pozo ciego Letrina Cielo abierto

ANTECEDENTES DE CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Tres semanas previas a la internación presentó alguno de estos síntomas? SI NO Fecha inicio / /

Signos y síntomas

Diarrea acuosa Diarrea blanda Vómitos Disminución de la diuresis

Diarrea mucosa Diarrea sanguinolenta Sin diarrea Catarro vías aéreas superiores

Fiebre Dolor abdominal

Fecha 1° consulta / / Centro _____

Fecha de hospitalización / / Diagnóstico/s de hospitalización _____

Antecedentes de uso de medicamentos para este evento y previo a la internación

Ampicilina Fecha de inicio toma / / Quinolona Fecha de inicio toma / /

Sulfametoxazol Fecha de inicio toma / / Cefalosporina Fecha de inicio toma / /

Furazolidona Fecha de inicio toma / / Fosfomicina Fecha de inicio toma / /

Gentamicina Fecha de inicio toma / / Colistin Fecha de inicio toma / /

Amikacina Fecha de inicio toma / / Macrólidos Fecha de inicio toma / /

Anticolinérgico Fecha de inicio toma / / Antiheméticos Fecha de inicio toma / /

AINES Fecha de inicio toma / / Otros _____

Condiciones al ingreso

Normohidratado Deshidratado Sobrehidratado

Diuresis normal Oliguria (n° días) Anuria (n° días)

Requerimiento de diálisis SI NO Fecha de inicio / /