

## CAMPYLOBACTERIOSIS CASE INVESTIGATION FORM

Use this form to interview all cases of infection with *Campylobacter* for FoodNet Case Exposure Ascertainment (CEA)  
(Only required for Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, Jefferson Counties)

Questions marked with \* must be entered into CEDRS

Patient Name: \_\_\_\_\_ CEDRS # \_\_\_\_\_ Interview date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Agency Name: \_\_\_\_\_ Form Completed by: \_\_\_\_\_

Contact attempts: record date(s) and contact method (phone, text, letter) here:

Interviewed: Patient Parent/Spouse Refused/Unable to Contact Medical Record Other: \_\_\_\_\_

### Datos demográficos e información de contacto

\*Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ (Encierre en un círculo: años, meses, días) \*Sexo: F M

\*Raza (Encierre en un círculo):

Indígena estadounidense/Nativo de Alaska Asiático Negro Se desconoce  
Nativo de Hawái/islas del Pacífico Blanco Otro

\*Grupo étnico (Encierre en un círculo): Hispano No hispano Se desconoce

Idioma que habla: \_\_\_\_\_ Padre/tutor: \_\_\_\_\_

Residencia:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono:

Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿El paciente vivía en un entorno institucional al momento del suceso? S N SD

Si fue así, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

**Información de laboratorio** \*\*\*\*\*confirme esta información con el paciente, aunque ya esté en el Sistema Electrónico de Información sobre Enfermedades de Colorado (CEDRS)

\*Cultivo: Pos Neg No se analizó \*Inmunoensayo enzimático (EIA): Pos Neg No se analizó

\*Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Pos Neg No se analizó

Nombre del laboratorio u hospital: \_\_\_\_\_

\*Origen de la muestra: Heces Orina

\*Fecha de recolección de la muestra(s): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sangre Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. del médico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

### Descripción clínica (Sí=S; No=N; Se desconoce=SD)

¿El paciente tiene síntomas?: S N SD Si es así, \*fecha de inicio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_ A.M. / P.M.

¿El paciente tiene...?:

\*Diarrea S N SD \*Fiebre (temp. máx.\_\_\_\_) S N SD Cefalea S N SD

Fecha de inicio de diarrea \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vómitos S N SD Dolor corporal S N SD

\*Diarrea con sangre S N SD Dolor abdominal S N SD Otro \_\_\_\_\_ S N SD

¿Cuántos días duró la enfermedad? \_\_\_\_\_ días

### Resultado/Hospitalización

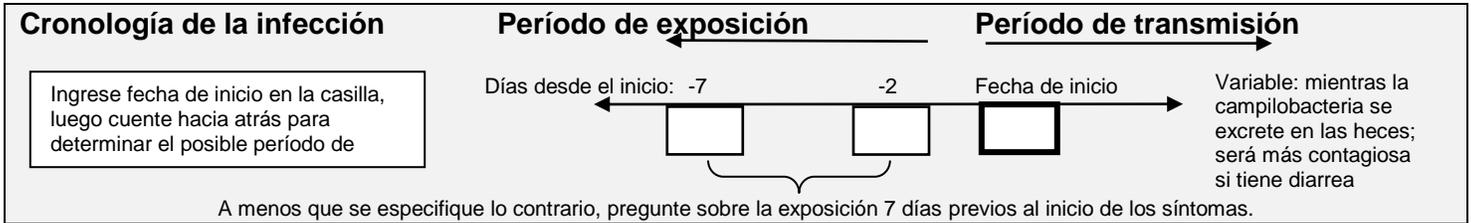
\*Resultado: Sobrevivió Falleció SD (Registrar resultado del paciente el 7.º día tras recolección de muestra)

Si falleció, fecha de deceso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*¿El paciente estuvo hospitalizado?    Sí    No    SD    (Las visitas a la sala de emergencia no se consideran "hospitalizaciones")

Si fue hospitalizado:

\*Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ \*Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \*Nombre del 2.º hospital: \_\_\_\_\_ \*Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Escuela/Trabajo**

Lugar de empleo actual: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 ¿Es estudiante?    Sí    No                      Si es así, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

En los 7 días previos al inicio de la enfermedad:

Ocupación principal: \_\_\_\_\_ Industria (ver lista en CEDRS): \_\_\_\_\_  
 Describa deberes de la ocupación principal: \_\_\_\_\_

¿El paciente...

- ...asiste, trabaja o es voluntario en una guardería o preescolar?                      Sí    No    SD
- ...tiene un hijo o hijos en una guardería?                      Sí    No    SD
- Si es así, nombre y lugar de la institución \_\_\_\_\_
- ¿Hay otros niños o personal enfermos?                      Sí    No    SD
- ...asiste, trabaja o es voluntario en una institución residencial? (por ej. hogar de ancianos)    Sí    No    SD
- Si es así, nombre y lugar de la institución \_\_\_\_\_
- ¿Hay otros miembros del personal o huéspedes enfermos?                      Sí    No    SD
- ...proporciona atención directa a pacientes como profesional de atención médica?                      Sí    No    SD
- Si es así, nombre y lugar de la institución \_\_\_\_\_
- ...manipula alimentos como parte de su trabajo?                      Sí    No    SD
- Si es así, nombre y lugar de la institución \_\_\_\_\_

Desde que el paciente se enfermó, ¿ha preparado alimentos para cualquier reunión pública o privada?    Sí    No  
 SD  
 Si es así, proporcione detalles: \_\_\_\_\_

**Administración de contacto**

\*¿Estuvo el paciente en contacto con alguna persona que haya tenido una enfermedad diarreica (previo al inicio del caso)?    Sí    No    SD

Complete la siguiente tabla para **todos** los miembros del grupo familiar y otras personas que hayan estado en contacto directo. Si alguna de estas personas ha estado enferma con síntomas similares, indique la fecha de inicio y los síntomas.

Nombre	Edad	Ocupación/ Guardería	Enferm. similar	Inicio m d a	Comentarios
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____
_____	_____	_____	S N SD	_____	_____

**Vínculos epidemiológicos**

¿Alguna de las personas mencionadas arriba es un caso confirmado o supuesto en CEDRS?      Sí      No      SD      Si es así, número en CEDRS \_\_\_\_\_

¿Es este paciente parte de un brote conocido/supuesto?      Sí      No      SD      Si es así, especifique: \_\_\_\_\_

**Si el contacto con el paciente o en el grupo familiar es de alto riesgo (manipula alimentos, profesional de atención médica, guardería), consultar el manual de enfermedades transmisibles para conocer las pautas de restricción y seguimiento. Obtenga los detalles del sitio, descripción del puesto, fechas en que trabajó/asistió durante el período de transmisión, nombre del supervisor, etc.**

**Información sobre viajes**

\*¿El paciente ha viajado al extranjero dentro de los 7 días previos al inicio de la enfermedad?      Sí      No      SD  
 Si es así, País / Fecha de salida de EE. UU. / Fecha de entrada a EE. UU.       Marque la casilla si el paciente fue adoptado en el extranjero o inmigró a EE. UU. (si no hay "fecha de salida de EE. UU.")

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

¿El paciente ha viajado dentro de EE. UU. en los 7 días previos al inicio de la enfermedad?      Sí      No      SD  
 Si es así, dónde/cuándo: \_\_\_\_\_

**Si el paciente viajó al extranjero, complete la sección de viajes internacionales y finalice la entrevista. No es necesario que recabe más información sobre alimentos ni exposición.**

**Agua**

\*En los 7 días previos a la enfermedad, ¿el paciente bebió agua de un pozo privado?      Sí      No      SD  
 Si es así, lugar o tipo de pozo \_\_\_\_\_

\*¿El paciente vivió en una casa con sistema de tratamiento de aguas residuales?      Sí      No      SD

\*¿El paciente bebió cualquier tipo de agua sin tratar de un estanque, riachuelo, vertiente, lago o río?      Sí      No      SD

¿El paciente nadó o caminó por alguno de los siguientes tipos de agua de uso recreativo?      Si es así, lugar / fechas:

*Lago, estanque, río, o riachuelo	S	N	SD
*Mar	S	N	SD
*Jacuzzi/spa, bañeras de hidromasaje	S	N	SD
*Piscina para nadar o para niños	S	N	SD
*Parque acuático o cualquier tipo de fuente	S	N	SD
Canal de drenaje o irrigación	S	N	SD

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**Exposición a mascotas o animales**

\*¿El paciente visitó, trabajó o vivió en una granja dentro de los 7 días previos a la enfermedad?      Sí      No      SD

\*¿Visitó alguna exhibición de animales (zoológico interactivo, feria del condado, etc.)?      Sí      No      SD  
 Si contesta afirmativamente a una de las preguntas anteriores, ¿el paciente estuvo expuesto a estiércol?

	Sí	No	SD
¿participó en el parto o nacimiento de algún animal?	Sí	No	SD
¿participó en el marcado de animales?	Sí	No	SD

¿Trabajó en un matadero o frigorífico?      Sí      No      SD

\*¿Ha estado en contacto con una mascota u otro animal en el hogar, la escuela, el trabajo, etc.?      Sí      No      SD

Si contesta afirmativamente a una de las preguntas anteriores, indique con qué animales ha estado en contacto el paciente:

*Perro/cachorro	S	N
*Gato/cría de gato	S	N
*Rana	S	N

Patient Name: \_\_\_\_\_ CEDRS # \_\_\_\_\_

*Reptil (por ej. serpiente, iguana, tortuga)	S	N	*Vaca/ternero	S	N
*Roedor (por ej. ratón, hámster, conejillo de indias)	S	N	*Gallina/pato/pavo	S	N
*Hurón, erizo, o animal pequeño similar	S	N	*Oveja	S	N
*Pájaro doméstico o silvestre (por ej. perico, ave de comedero de pájaros)	S	N	*Cabra	S	N
			*Cerdo	S	N
			Caballo	S	N
			Otro _____	S	N

\*¿Algunos de estos animales ha tenido diarrea recientemente? S N ¿Cuál de ellos? \_\_\_\_\_  
¿Alguno de ellos fue adquirido recientemente? S N Detalles \_\_\_\_\_

Suministre detalles sobre el tipo y lugar de contacto con todos los animales listados anteriormente. ¿El contacto fue en el hogar, en una tienda o una granja, etc.? Anote fechas y lugares, si son pertinentes. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Historial de restaurantes o actividades grupales**

¿Asistió a reuniones, días de campo, eventos deportivos, etc. en grupo durante los 7 días previos a la enfermedad?  
Sí No SD

¿Otras personas, que acompañaron a este paciente, han presentado diarrea, fiebre o dolor abdominal?  
Sí No SD

*(Si otras personas se han enfermado tras una exposición común, es posible que esto sea un brote. Llame al epidemiólogo regional o a CDPHE para obtener asistencia.)*

¿El paciente salió a comer a algún restaurante u otro lugar comercial (es decir, no a la casa de un amigo)?  
Sí No SD

Si es así, Nombre Dirección Fecha de exposición Alimentos que consumió

### **Historial de tienda de alimentos o supermercados:** anote las tiendas de alimentos o supermercados donde compró los alimentos que ha consumido en los 7 días previos a la enfermedad:

Nombre/ubicación: \_\_\_\_\_

Nombre/ubicación: \_\_\_\_\_

Nombre/ubicación: \_\_\_\_\_

¿El paciente compró o consumió algún alimento en un mercado de productores? Sí No SD Si es así, ¿cuál/dónde? \_\_\_\_\_

¿El paciente compró o consumió algún alimento de una organización agrícola apoyada por la comunidad (CSA), o una cooperativa de alimentos, o un servicio de entrega a domicilio (como un servicio que entrega productos agrícolas frescos en su casa)?

Sí No SD Si es así, ¿cuál/dónde? \_\_\_\_\_

¿El paciente compró o consumió algún alimento de una tienda especializada Sí No SD Si es así, ¿cuál/dónde? \_\_\_\_\_

(como una carnicería, mercado de productos étnicos)?

**Historial de alimentos** Entrevistador: si el paciente no está seguro, pregúntele si es posible que haya comido un producto alimenticio particular

Definición: AFUERA significa alimentos cocinados en un establecimiento comercial como un restaurante, delicatessen, comida rápida, comida para llevar, mercado de productores o servicio de comida (catering). Esto no incluye los alimentos en la casa de otra persona, platos de comida para compartir (potluck), etc.

**Durante los 7 días previos al inicio de la enfermedad el paciente comió:** **Suministre detalles a continuación, incluso dónde se obtuvo el alimento, cuándo se consumió, etc.:**

Lácteos

- \*Cualquier producto lácteo S N SD
- \*Leche pasteurizada vacuna o de cabra S N SD
- \*Leche no pasteurizada (cruda) S N SD
- \*Otros productos hechos con leche cruda (kéfir, helado, yogur, etc.) S N SD
- \*Cualquier queso blando como queso fresco, brie o queso de cabra S N SD
- \*¿El queso blando estaba hecho con leche cruda? S N SD

- \*Huevos S N SD
- \*¿Huevos AFUERA? S N SD

\*Huevos crudos o ligeramente cocidos (yemas líquidas) o alimentos hechos con huevos crudos (salsas, masa para galletas, etc.) S N SD

Carnes

- \*Pollo o alimentos que contienen pollo S N SD
- \*Pollo AFUERA S N SD
- \*Cualquier carne molida de pollo S N SD
- \*Cualquier pollo en casa que se haya comprado fresco S N SD
- \*Cualquier pollo en casa que se haya comprado congelado S N SD

- \*Pavo o alimentos que contienen pavo S N SD
- \*Pavo AFUERA S N SD
- \*Cualquier carne molida de pavo S N SD

Carne de ave cruda o semicruda S N SD

\*Alguien en el grupo familiar manipuló carne de ave cruda S N SD

\*Carne de res o alimentos que contienen carne de res (incluso carne molida de res) S N SD

- \*Carne de res o carne molida de res AFUERA S N SD
- \*Cualquier carne molida de res S N SD
- \*Cualquier carne molida de res cruda o rosada S N SD
- \*Alguien en el grupo familiar manipuló carne de res cruda S N SD

\*Pescado o alimentos que contienen pescado S N SD

¿El pescado estaba crudo o parcialmente cocido? S N SD

\*Mariscos, como cangrejos, camarones, ostras, etc. S N SD

¿Los mariscos estaban crudos o parcialmente cocidos? S N SD

\*Alguien en el grupo familiar manipuló pescado o mariscos crudos S N SD

\*Cerdo o alimentos que contienen carne de cerdo S N SD

\*Cordero o alimentos que contienen cordero S N SD

\*Paté de hígado S N SD

\*Hígado crudo o semicrudo S N SD

Productos agrícolas

\*Brotos (frijoles, alfalfa, trébol...) S N SD

\*Tomates frescos, crudos S N SD Tipo(s):

\*Lechuga S N SD ¿En bolsa?:

\*Espinaca fresca S N SD ¿En bolsa?:  
 \*Cilantro crudo S N SD  
 \*Otras hierbas frescas (por ej. perejil, albahaca) S N SD  
 Otras verduras crudas S N SD Enumere:

\*Cualquier jugo o sidra que NO haya sido pasteurizado S N SD  
 \*Melón cantalupo S N SD  
 \*Sandía S N SD  
 \*Fresas frescas S N SD  
 \*Otras bayas frescas S N SD  
 Otras frutas S N SD Enumere:

Cualquier alimento o bebida que contiene marihuana o su ingrediente activo (THC) (por ej. *brownies*, galletas, mantequilla u otros alimentos)

S N SD

En caso afirmativo: ¿Qué alimentos comió o bebió? \_\_\_\_\_  
 ¿Este alimento fue preparado o hecho en una tienda? S N SD  
 ¿Este alimento fue preparado o hecho en casa? (es decir, no es de una tienda) S N SD  
 ¿Si se preparó en casa, se hizo con productos a base de marihuana de una tienda? S N SD

Opcional (a efectos de educar al cliente):

¿El paciente usa la misma tabla de cortar para la carne y las verduras, frutas, etc.? Sí No SD  
 Si es así, ¿el paciente lava la tabla de cortar después de cortar carne o antes de cortar frutas, verduras, etc.?  
 Sí No SD

¿El paciente usa el mismo cuchillo para cortar carne y verduras, frutas, etc.? Sí No SD  
 Si es así, ¿el paciente lava el cuchillo después de cortar carne o antes de cortar frutas, verduras, etc.?  
 Sí No SD

¿Con qué frecuencia el paciente se lava las manos tras manipular carne vacuna o de ave?  
 Siempre La mayoría de las veces A veces Nunca NC

**Notas:**

Patient Name: \_\_\_\_\_ CEDRS # \_\_\_\_\_

**Summary of follow up**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hygiene education provided             | <input type="checkbox"/> Child care center inspected |
| <input type="checkbox"/> Work or childcare restriction for case | <input type="checkbox"/> Restaurant inspected        |
| <input type="checkbox"/> Follow up of other household members   | <input type="checkbox"/> _____                       |

Questions about filling out this form?  
Contact the Communicable Disease Epidemiology Program at 303-692-2700, 800-866-2759  
**After finishing case interview, update the CEDRS record. Do NOT send this form to CDPHE unless it is requested (e.g. as part of a suspected outbreak).**