

Servicio Canario de la Salud



DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

## ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA POR CIGUATERA

### DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Actividad laboral: \_\_\_\_\_

### DATOS CLINICOS (marque con una X lo que corresponda)

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Síntomas Digestivos: Vómitos  Diarreas  Nauseas  Dolor abdominal

Síntomas Neurológicos:

Hormigueos en: labios  manos  piernas  otros  \_\_\_\_\_

Sensación térmica paradójica  Prurito  Fatiga  Mialgia

Otros síntomas: \_\_\_\_\_

Ingreso en hospital: No  Si  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Centro Hospitalario \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Evolución: Curación  Fecha del alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fallecimiento  Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Persistencia de síntomas  Indique cuales: \_\_\_\_\_

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

C/ Alfonso XIII, 4

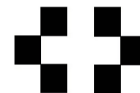
Rambla de Santa Cruz, 53

35003 - Las Palmas de Gran Canaria

38006 - Santa Cruz de Tenerife

Telf.: 928 30 75 10

Telf.: 922 47 49 00



---

Fecha del consumo del pescado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Describa tipo de pescado y preparación: \_\_\_\_\_

Lugar de consumo: \_\_\_\_\_

¿Donde adquirió el alimento?: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

¿Hay mas afectados? No  Si

¿Cuántos comieron además del encuestado? \_\_\_\_\_

¿Cuántos enfermaron además del encuestado? \_\_\_\_\_

Lugar donde fue atendido: \_\_\_\_\_

Tratamiento realizado: \_\_\_\_\_

---

¿Tiene restos del pescado crudo o cocinado?: No  Si  **En caso afirmativo indíquelo al paciente que se abstenga de consumirlos, los coloque en una bolsa de plástico limpia y los conserve en el congelador de su nevera hasta que sea recogido por personal de la Dirección General de Salud Pública (para su envío al laboratorio).**

---

**DATOS DEL DECLARANTE:**

Fecha de declaración del caso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medico que declara el caso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_