

Formulario de informe de caso para la Iniciativa contra la Listeria de los CDC

Versión 2.0

Complete este cuestionario para todos los casos de listeriosis confirmados en laboratorio.

Las instrucciones se encuentran disponibles en un documento de dos páginas separadas.

Retire esta página antes de enviar el formulario a los CDC

ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal: _____		
Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___	
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Números de teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____		
Hospital: _____ Contacto en el hospital: _____ Teléfono: _____	Hospital: _____ (si > 1 hospital) Contacto en el hospital: _____ Teléfono: _____	
Si entrevista a un representante:		
Nombre del entrevistado: _____		
Teléfonos del entrevistado: _____		
Se estima que el tiempo promedio para reportar esta recolección de información es de 30 minutos. Esto incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, completar y revisar la recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información, y las personas no están obligadas a responder, a menos que el formulario tenga un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30329; ATTN: PRA (0920-0728).		

Formulario aprobado. N.º de OMB 0920-0728

Registro de los intentos de llamada con el paciente o representante *(opcional)*

(Esta página es para el uso exclusivo del departamento de salud; retírela antes de enviar el formulario a los CDC)

Apellido: _____			Nombre: _____			
	Fecha	Hora	Persona que llamó:	Resultados*	Comentarios**	Plan
			Inicial del nombre y apellido completo	(Puede incluir más de uno)		
Llamada 1	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 2	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 3	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 4	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 5	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 6	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 7	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 8	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 9	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 10	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 11	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 12	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 13	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 14	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____
Llamada 15	_ / _ / _____	: _____	_ _____	_____	_____	_____

***Códigos para los resultados:**

- 1 Se dejó mensaje con una persona
- 2 Se dejó mensaje en el contestador
- 3 No se dejó mensaje

****Códigos para los comentarios:**

- 1 Entrevista realizada con el cuestionario estándar
- 2 Se llamó nuevamente para obtener más información
- 3 Entrevista realizada con el cuestionario complementario
- 4 Barrera de idioma, indicar el plan
- 5 No contestaron
- 6 Teléfono dado de baja, indicar el plan
- 7 Se negó a contestar

ID de caso epidemiológico estatal _____	ID de caso epidemiológico local _____	Fecha en que se completó el formulario: _____/_____/____
ID en FoodNet (si corresponde) _____		ID en NNDSS (si está disponible) _____
Nombre del entrevistador nombre _____ apellido _____		
¿Se envió la cepa aislada a un laboratorio de salud pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe Si la respuesta es "no", ¿por qué no? ¿Todavía se puede obtener? _____		
CASILLA 1: Datos demográficos del caso o paciente		
Estado de residencia _____	Condado _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No se sabe
		Edad _____ (si está asociado a un embarazo, usar la edad de la madre)
Grupo étnico: ¿Es el caso o paciente de origen hispano, latino o español? (Se puede seleccionar una o más categorías)		
<input type="checkbox"/> Sí -----> Si la respuesta es "sí":		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Ascendencia hispana desconocida/se negó a especificar <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/> Cubano		
Raza (Se puede seleccionar una o más categorías)		
<input type="checkbox"/> Afroamericana o de raza negra <input type="checkbox"/> Asiática (especifique) <input type="checkbox"/> Blanca (especifique) <input type="checkbox"/> Indígena de los EE. UU. o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Indio (de la India) <input type="checkbox"/> Del Oriente Medio o el Norte de África <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico (especifique) <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> No es del Oriente Medio ni del Norte de África <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Se negó a contestar <input type="checkbox"/> Nativa de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático (especifique) _____		

CASILLA 2: ¿Está el caso de infección por *Listeria* asociado a un embarazo? (Enfermedad en mujer embarazada, feto o bebé de ≤28 días)

Sí Si respondió "sí", pase a la casilla 4.

VER SUPLEMENTO

CASILLA 3: Casos no asociados a un embarazo. (Enfermedad en personas adultas no embarazadas y niños de >28 días de edad)

Tipos de muestras en las que se hizo cultivo de <i>Listeria</i> (Marque todo lo que corresponda)	Fecha de recolección de la muestra (mm/dd/aaaa)	Número de ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal: (Importante: debe haber al menos una, si está disponible)
<input type="checkbox"/> Sangre	_____	VER SUPLEMENTO
<input type="checkbox"/> LCR	_____/_____/____	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	_____/_____/____	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	_____/_____/____	

¿Tuvo el paciente alguno de los siguientes tipos de enfermedades relacionadas con la infección por *Listeria*? (Marque todo lo que corresponda)

Infección de la sangre o septicemia Meningitis Meningoencefalitis Absceso cerebral Rombencefalitis Peritonitis Neumonía Infección de una herida

Infección en las articulaciones o artritis séptica Infección de los huesos u osteomielitis No se sabe Otro (especifique) _____

¿Fue el paciente internado por listeriosis? Sí No No se sabe

Si la respuesta es "sí": Fecha de admisión: ____/____/____

Fecha de alta: ____/____/____

Sigue internado a la fecha: ____/____/____

Resultado del paciente: Sobrevivió Murió No se sabe

Fecha de muerte: ____/____/____

Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o infección por *Listeria* en el certificado de defunción?

Sí No No se sabe

Si sobrevivió: Fecha de la última vez que se supo que estaba vivo ____/____/____

CASILLA 4: Casos asociados a un embarazo. (Enfermedad en mujer embarazada, feto o bebé de ≤28 días)

Tipos de muestras en las que se hizo cultivo de <i>Listeria</i> (Marque todo lo que corresponda)	Fecha de recolección de la muestra (mm/dd/aaaa)	Número de ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal: (Importante: debe haber al menos una, si está disponible)
<input type="checkbox"/> Sangre de la madre	_____/_____/____	
<input type="checkbox"/> Sangre del bebé	_____/_____/____	

<input type="checkbox"/> LCR de la madre	___/___/___	
<input type="checkbox"/> LCR del bebé	VER SUPLEMENTO	
<input type="checkbox"/> Placenta	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Tejido fetal	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	___/___/___	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	___/___/___	

Desenlace del embarazo (Gestación única o gemelo 1) (Marcar una)	Semanas de gestación	Fecha (mm/dd/aaaa)	Desenlace del embarazo (gemelo 2) (Marcar una)	Semanas de gestación	Fecha (mm/dd/aaaa)
<input type="checkbox"/> Sigue embarazada		___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Sigue embarazada		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Parto (nacido vivo) <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No se sabe el tipo de parto		___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Parto (nacido vivo) <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No se sabe el tipo de parto		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Muerte fetal (aborto espontáneo o mortinato)		___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Muerte fetal (aborto espontáneo o mortinato)		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)		___ / ___ / ___
Tipos de enfermedad en la madre (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Gastroenteritis <input type="checkbox"/> Amnionitis <input type="checkbox"/> Síntomas "similares a los de la influenza" no específicos <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe		Tipos de enfermedad en el bebé (gemelo 1) (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe		Tipos de enfermedad en el bebé 2 (gemelo 2) (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Bacteriemia/septicemia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe	
¿Fue hospitalizada la madre por listeriosis? <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí": Fecha de admisión o nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de alta: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizada Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		¿Dónde fue el parto del bebé (gemelo 1)? <input type="checkbox"/> Hospital: Fecha de admisión o nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de alta: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizado Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe		¿Dónde fue el parto del bebé 2 (gemelo 2)? <input type="checkbox"/> Hospital: Fecha de admisión o nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de alta: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizado Nombre del hospital: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ <input type="checkbox"/> No se sabe	
		¿Fue hospitalizado el bebé (gemelo 1) por listeriosis? (Puede incluir las fechas anteriores) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí": Fecha de admisión o nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de alta: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		¿Fue hospitalizado el bebé 2 (gemelo 2) por listeriosis? (Puede incluir las fechas anteriores) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí": Fecha de admisión o nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de alta: ___ / ___ / ___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	
Desenlace de la madre <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> No se sabe Si sobrevivió: última fecha en que se supo que estaba viva ___ / ___ / ___ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		Desenlace del bebé 1 (gemelo 1) <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> No se sabe Si sobrevivió: última fecha en que se supo que estaba vivo ___ / ___ / ___ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		Desenlace del bebé 2 (gemelo 2) <input type="checkbox"/> Sobrevivió <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> No se sabe Si sobrevivió: última fecha en que se supo que estaba vivo ___ / ___ / ___ Si murió: ¿Se incluyó la listeriosis o <i>Listeria</i> en el certificado de defunción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe	

SUPLEMENTO

Suplemento de clasificación del caso para la iniciativa contra la *Listeria* de los CDC

¿Está el caso de infección por *Listeria* asociado a un embarazo? (Enfermedad en mujer embarazada, feto o bebé de ≤28 días)

Sí (vaya al suplemento de la casilla 4)

No (vaya al suplemento de la casilla 3)

No se sabe

Suplemento de la casilla 3: casos no asociados a un embarazo. (Enfermedad en adultos que no estén en estado de embarazo y bebés de >28 días de edad)

ID de caso epidemiológico estatal: _____

Información de la recolección de muestras

Fuente (marque todo lo que corresponda)	Fecha de recolección (mm/dd/aaaa)	Resultado del cultivo	Resultado de la CIDT	ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal:
<input type="checkbox"/> Sangre	___/___/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	___/___/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)	___/___/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	

Criterios de laboratorio para el diagnóstico

Confirmatorio*: Aislamiento de *L. monocytogenes* de un sitio normalmente estéril que refleje una infección invasiva (p. ej., sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, hepatobiliar o vítreo; sitio ortopédico como hueso, médula ósea o articulación; u otros sitios estériles, incluidos los órganos como el bazo, hígado y corazón, pero no fuentes como la orina, las heces o una herida externa)

Presunto: Detección de *L. monocytogenes* mediante una prueba de diagnóstico independiente de cultivos (CIDT, por sus siglas en inglés) hecha con una muestra recolectada de un sitio normalmente estéril (p. ej., sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, hepatobiliar o vítreo; sitio ortopédico como hueso, médula ósea o articulación; u otros sitios estériles, incluidos los órganos como el bazo, hígado y corazón, pero no fuentes como la orina, las heces o una herida externa)

De respaldo: Aislamiento de *L. monocytogenes* de una muestra clínica no invasiva (p. ej., heces, orina, herida)

*Requiere confirmación por cultivo

Criterios de laboratorio cumplidos por el caso: Confirmatorio Presunto De respaldo

Clasificación del caso

(Se debe usar para determinar la elegibilidad para la entrevista con el formulario de la iniciativa contra la *Listeria*. Los CDC determinarán las clasificaciones oficiales del caso).

Confirmado*: una persona que cumple con los requisitos de evidencia de laboratorio confirmatoria

Probable*: una persona que cumple con los requisitos de evidencia de laboratorio presunta

Presunto*: una persona que tiene evidencia de laboratorio de respaldo

* Notificable a los CDC

Clasificación del caso: Confirmado Probable Presunto

SUPLEMENTO

Suplemento de la casilla 4: casos asociados a un embarazo. (Enfermedad en mujer embarazada, feto o bebé de ≤28 días de edad)

ID de caso epidemiológico estatal materno: _____ **ID de caso epidemiológico estatal neonatal:** _____
Importante: Si la madre y el bebé se cuentan como casos separados (ver "Clasificación del caso" más abajo), proporcione el ID estatal para ambos.

Información de la recolección de muestras

Fuente materna (<i>marque todo lo que corresponda</i>)	Fecha de recolección (mm/dd/aaaa)	Resultado del cultivo	Resultado de la CIDT	ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal:
<input type="checkbox"/> Sangre	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>) _____	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	

Productos de la concepción

<input type="checkbox"/> Placenta	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Líquido amniótico	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Tejido fetal (<i>recolectado de una pérdida del embarazo o muerte fetal intrauterina</i>)	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otro producto de la concepción (<i>especifique</i>) _____	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Ninguno	___/___/___	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	

Fuente neonatal (<i>marque todo lo que corresponda</i>)	Fecha de recolección (mm/dd/aaaa)	Edad al momento de la recolección	Resultado del cultivo	Resultado de la CIDT	ID de la cepa aislada del laboratorio de salud pública estatal:
<input type="checkbox"/> Sangre	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Meconio	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Aspirado traqueal	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>) _____	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>) _____	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	
<input type="checkbox"/> Ninguna	___/___/___	<input type="checkbox"/> ≤48 horas <input type="checkbox"/> >48 horas pero ≤28 días	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se sabe	

SUPLEMENTO

Suplemento de la casilla 4 (continuación)

Criterios de laboratorio para el diagnóstico

Confirmatorio*: Aislamiento de *L. monocytogenes* de un sitio normalmente estéril que refleje una infección invasiva (p. ej., sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, hepatobiliar o vítreo; sitio ortopédico como hueso, médula ósea o articulación; u otros sitios estériles, incluidos los órganos como el bazo, hígado y corazón, pero no fuentes como la orina, las heces o una herida externa)

O

Para las cepas aisladas MATERNAS en el contexto de embarazo, pérdida del embarazo, muerte fetal intrauterina o nacimiento: aislamiento de *L. monocytogenes* de los productos de la concepción (p. ej., vellosidad coriónica, placenta, tejido fetal, sangre del cordón umbilical, líquido amniótico) recolectados al momento del parto

O

Para las cepas aisladas NEONATALES en el contexto del nacimiento de un bebé vivo: aislamiento de *L. monocytogenes* de una muestra neonatal no estéril (p. ej., meconio, aspirado traqueal, pero no productos de la concepción) recolectados dentro de las 48 horas del parto

Presunto: Detección de *L. monocytogenes* mediante una prueba de diagnóstico independiente de cultivos (CIDT, por sus siglas en inglés) hecha con una muestra recolectada de un sitio normalmente estéril (p. ej., sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, hepatobiliar o vítreo; sitio ortopédico como hueso, médula ósea o articulación; u otros sitios estériles, incluidos los órganos como el bazo, hígado y corazón, pero no fuentes como la orina, las heces o una herida externa)

O

Para las cepas aisladas MATERNAS en el contexto de embarazo, pérdida del embarazo, muerte fetal intrauterina o nacimiento: detección de *L. monocytogenes* de los productos de la concepción (p. ej., vellosidad coriónica, placenta, tejido fetal, sangre del cordón umbilical, líquido amniótico) recolectados al momento del parto

O

Para las cepas aisladas NEONATALES en el contexto del nacimiento de un bebé vivo: detección de *L. monocytogenes* de una muestra neonatal no estéril (p. ej., meconio, aspirado traqueal, pero no productos de la concepción) recolectados dentro de las 48 horas del parto

De respaldo*: Aislamiento de *L. monocytogenes* de una muestra clínica no invasiva (p. ej., heces, orina, herida, que no sea una de las especificadas en la muestras maternas y neonatales más arriba)

*Requiere confirmación por cultivo

Criterios de laboratorio cumplidos por el caso materno: Confirmatorio Presunto De respaldo Ninguno

Criterios de laboratorio cumplidos por el caso neonatal: Confirmatorio Presunto De respaldo Ninguno

Clasificación del caso

(Se debe usar para determinar la elegibilidad para la entrevista con el formulario de la iniciativa contra la *Listeria*. Los CDC determinarán las clasificaciones oficiales del caso). **Confirmado***: una persona que cumple con los requisitos de evidencia de laboratorio confirmatoria

Probable*: una persona que cumple con los requisitos de evidencia de laboratorio presunta

O

Una madre o un bebé que cumplen con los criterios de asociación epidemiológica, pero que no tiene evidencia de laboratorio confirmatoria (ver "Asociación epidemiológica" más abajo)

Presunto: una persona que tiene evidencia de laboratorio de respaldo

* Notificable a los CDC

Notas:

La pérdida del embarazo y la muerte fetal intrauterina se consideran consecuencias maternas y se deben contar como un solo caso de la madre.

Se cuenta un caso de un bebé si nace vivo.

Si se cumplen varios criterios, debe notificarse el nivel más alto de clasificación para cada caso.

SUPLEMENTO

Asociación epidemiológica

Para casos MATERNOS PROBABLES: una madre que no cumple con los criterios de caso confirmado,
PERO que dio a luz a un bebé que cumple con los requisitos de la evidencia de laboratorio confirmatoria o presunta para el diagnóstico
Y cuya muestra neonatal se recolectó ≤ 28 días después del nacimiento

Para casos NEONATALES PROBABLES: un bebé que no cumple con los criterios de caso confirmado
Y cuya madre cumple con los requisitos de la evidencia de laboratorio confirmatoria o presunta para el diagnóstico de productos de la concepción
O un bebé compatible clínicamente cuya madre cumple con los requisitos de la evidencia de laboratorio confirmatoria o presunta para el diagnóstico de un sitio normalmente estéril

Clasificación del caso materno: Confirmado Probable Presunto No es un caso
Si es probable, ¿tiene el caso un vínculo epidemiológico al caso neonatal? Sí No No se sabe

Clasificación del caso neonatal: Confirmado Probable Presunto No es un caso No corresponde (*pérdida del embarazo o muerte fetal intrauterina*)

Si es probable, ¿tiene el caso un vínculo epidemiológico al caso materno? Sí No No se sabe

Si está confirmado o es probable:

Edad del bebé: ____ día(s) mes(es) Sexo del bebé: Masculino Femenino No se sabe

CASILLA 5 (opcional): Afecciones subyacentes y tratamientos (marque todo lo que corresponda y especifique cuando haya información disponible)

- Sin afecciones, medicamentos o tratamientos subyacentes (previamente sano)
- Cáncer**
- Leucemia
 - Linfoma
- Hodgkiniano
- No hodgkiniano
- Mieloma múltiple
- Trastorno mieloproliferativo
- Otro cáncer (especifique) _____

- Diálisis renal
- Cirrosis/enfermedad del hígado avanzada
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc)
- Enfermedad cardiaca (especifique) _____
- Trasplante de órgano (especifique) _____

- No se sabe
- Otras afecciones**
- Enfermedad de Crohn
- Diabetes mellitus
 - Tipo 1
 - Tipo 2
- Arteritis de células gigantes (arteritis temporal)
- Hemocromatosis/sobrecarga de hierro
- VIH/sida*
 - VIH (no sida)
 - Sida
- Lupus
- Artritis reumatoide
- Sarcoidosis
- Enfermedad de células falciformes
- Esplenectomía/asplenia
- Colitis ulcerosa
- Otra afección (especifique) _____

- Embarazo
 - Medicamento inmunodepresor**
 - Corticosteroides
 - Quimioterapia para cáncer
 - Otra terapia inmunodepresora (especifique) _____
 - Consumo excesivo de alcohol
 - Uso de drogas inyectables (p. ej., heroína)
 - Medicamentos para inhibir el ácido estomacal (p. ej., Maalox, Zantac, Prilosec, Nexium)**
(especifique los medicamentos, si la información está disponible): _____
- *Tenga en cuenta que algunas reglamentaciones en algunos estados no permiten notificar si la persona tiene VIH*

¿Se pudo entrevistar al paciente o a su representante? Sí No

Si la respuesta es "no", ¿por qué no? Se negó No se pudo contactar Barrera de idioma

Otra razón (especifique) _____

Si no puede entrevistar al paciente ni a su representante, y no hay información disponible sobre la exposición relacionada con alimentos, presente a los CDC solamente las páginas 3 a 5 de este formulario. (También incluya la página 6 si se pudo registrar síntomas asociados a la listeriosis)

Envíe los formularios completos a la siguiente dirección:
 Enteric Diseases Epidemiology Branch, Centers for Disease Control and Prevention Mailstop C-09
 Atlanta, GA 30329.
 Fax: (404) 639-2205; correo electrónico: Listeria@cdc.gov.

1. Entrevista al paciente	Entrevistador: en las preguntas troncales y las instrucciones para los entrevistados, el texto "<caso>" se usa en lugar de "usted/él/ella", y "<su>" se usa como pronombre posesivo para "usted/él/ella". Para los casos asociados a un embarazo, la madre es el caso o paciente, y a ella se le debe preguntar sobre su historial de consumo de alimentos durante las 4 semanas anteriores al parto.	
1. Fecha de la entrevista ___/___/___	2. El entrevistado era <input type="checkbox"/> El caso o paciente <input type="checkbox"/> El representante <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Ninguno disponible (solo revisión de antecedentes clínicos) Si es el representante, relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo o hija <input type="checkbox"/> Hermano o hermana <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____	
3. ¿Cuándo comenzó <su> enfermedad? (Comienzo de la enfermedad) ___/___/___ <input type="checkbox"/> No corresponde (p. ej., mujer embarazada sin enfermedad clínica)		
4. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿fue <caso> admitido a un hospital (es decir, pasó por lo menos una noche allí)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "sí", nombre del hospital _____ Fecha de admisión: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Sigue hospitalizado	5. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿era <caso> un residente en un hogar de ancianos u otro tipo de establecimiento de cuidados a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "sí", nombre del establecimiento _____ Fecha de admisión: ___/___/___ Fecha de alta: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Todavía reside en el establecimiento	
6. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿viajó <caso> a otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "sí", enumere los estados visitados _____	7. Durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/fecha de parto, ¿viajó <caso> fuera de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Si la respuesta es "sí", enumere los países visitados _____ Si la respuesta es "sí", fecha de salida de los EE. UU. ___/___/___ Fecha de regreso a los EE. UU. ___/___/___	
8. ¿Cuáles de los siguientes síntomas estaban asociados a la enfermedad? (Lea cada uno) (Pregúntele a la madre los síntomas si el caso estaba asociado a un embarazo o era en un bebé de ≤28 días de edad)		
Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Diarrea (≥3 deposiciones sueltas al día) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Parto prematuro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> N/A Dolores musculares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	Rigidez de cuello <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Estado mental alterado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe Otro (especifique) _____ Otro (especifique) _____
2. Historial de consumo de alimentos Encuestador: en esta sección, "caso" se refiere al paciente excepto cuando el paciente sea un bebé de ≤28 días; en ese caso las preguntas se aplican a la madre. "Me interesan los alimentos que <caso> comió durante las 4 semanas anteriores a <su> enfermedad/parto, que veo que fue el ___/___/___ . Durante casi toda la entrevista, las preguntas que le haré se referirán a las 4 semanas anteriores a esa fecha, desde el ___/___/___ (fecha correspondiente a 4 semanas antes) hasta el ___/___/___ . Podría resultarle útil consultar un calendario, si es posible".		
1. ¿Tenía <caso> alguna alergia que hizo que evite ciertos alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 1a. Si la respuesta es "sí": ¿Qué alimentos? <input type="checkbox"/> Leche <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Maníes <input type="checkbox"/> Nueces <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Soya <input type="checkbox"/> Trigo <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	2. ¿Seguía <caso> una dieta vegetariana o vegana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 2a. Si la respuesta es "sí", ¿cuál? <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana	
3. ¿Seguía <caso> una alimentación especial o restringida (médica, de adelgazamiento, religiosa, cultural) o hay algún tipo de alimento que <caso> no comía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe 3a. Si la respuesta es "sí": Describa: _____		
Antecedentes de compra de alimentos (las listas de los tipos de tiendas de comestibles y restaurantes a continuación tienen como fin ayudar al encuestado a responder)		
A. Fuentes de los alimentos en casa: "Ahora tengo varias preguntas para hacerle sobre el lugar de donde vinieron los alimentos que <caso> comió en su casa en las 4 semanas anteriores que comenzó <su> enfermedad. Voy a nombrar varios tipos de tiendas comestibles. Para cada tipo, dígame el nombre de cada tienda en la que <caso> haya comido alimentos durante las 4 semanas anteriores a enfermarse. ¿Comió <caso> alimentos de los siguientes lugares?"		
• Tienda de comestibles o supermercados • Mercados de especialidades étnicas (p. ej., mexicanas, asiáticas) • ¿Comió <caso> alimentos en su casa provenientes de algún otro lugar durante las 4 semanas anteriores a enfermarse? • Tiendas mayoristas, como Costco o Sam's Club • Mercados agricultores • Mercados pequeños (de conveniencia, de estaciones de servicio, etc.) • Tiendas en línea o alimentos recibidos por correo		
Nombre de la tienda	Ubicación (dirección, ciudad, estado)	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

¿Estaría dispuesto a darnos los datos de su tarjeta de comprador para que podamos tener una lista exacta de los alimentos que compró y la fecha de compra?
 Nombre de la tienda: _____ n.º de tarjeta de comprador: _____
 Nombre de la tienda: _____ n.º de tarjeta de comprador: _____
 Nombre de la tienda: _____ n.º de tarjeta de comprador: _____

Sí No No tiene ninguna

B. Restaurantes: “Ahora tengo unas preguntas sobre los restaurantes donde <caso> pudo haber comido. Para cada tipo, dígame los nombres de cada uno de los restaurantes donde <caso> haya comido durante las 4 semanas anteriores a enfermarse. **¿Comió <caso> alimentos de los siguientes lugares?”** (El entrevistador debe nombrar todos los tipos)

- Estilo bufé (donde se sirve usted mismo)
- Sandwicherías o delis
- Cualquier otro tipo de restaurante
- Restaurantes étnicos que no sean de comida rápida, como mexicanos, italianos, chinos
- Comida rápida (compra por ventanilla o pago en el mostrador)

Nombre del restaurante	Ubicación (dirección, ciudad, estado)	¿Qué alimentos comió <caso>?	Fecha(s)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

C. Otros lugares: “¿Comió <caso> alimentos comprados u obtenidos de algún otro lugar, como barras de ensaladas (incluso las de las tienda de comestibles), cafeterías, camiones de comida, picnics, comidas compartidas, puestos de comidas, instituciones (p. ej., comida de hospital), granjas o lecherías locales, o en eventos especiales, como bodas o fiestas, durante el período de 4 semanas?”

Nombre del lugar	Ubicación (dirección, ciudad, estado)	¿Qué alimentos comió <caso>?	Fecha(s)
1.			
2.			
3.			

3. Historial de los alimentos consumidos

“Ahora me gustaría preguntarle sobre los alimentos que <caso> comió durante ese mismo período de 4 semanas. Dígame si cree que <caso> comió cada uno de los siguientes alimentos. Si no está seguro, me puede decir si es probable o NO es probable que <caso> haya comido ese alimento. Si no tiene idea, diga “no sé”. Voy a empezar a preguntarle sobre quesos”.

A. Queso	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	¿Hecho con leche cruda? (Marque una opción con un círculo)	Lugar donde se compró o consumió
Feta	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso de cabra	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso con vetas azules (gorgonzola, bleu)	1	2	3	4	99		S N NS	
Brie o camembert	1	2	3	4	99		S N NS	
Gouda	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso rallado preenvasado	1	2	3	4	99		S N NS	
Mozzarella fresca, vendida en agua	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso cottage	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso ricota	1	2	3	4	99		S N NS	
Otro queso gourmet, artesanal o sofisticado	1	2	3	4	99		S N NS	
Cualquier queso cortado en fetas en la sección deli	1	2	3	4	99		S N NS	
Quesos típicos del medio oriente (p. ej., akawi, nabulsi)	1	2	3	4	99		S N NS	
Queso estilo mexicano o latino (p.ej., queso fresco)	1	2	3	4	99		S N NS	

Si comió queso estilo mexicano o latino, ¿qué tipo(s)?

- Queso fresco	1	2	3	4	99		S N NS	
- Queso blanco	1	2	3	4	99		S N NS	
- Queso casero	1	2	3	4	99		S N NS	
- Cuajada	1	2	3	4	99		S N NS	
- Asadero	1	2	3	4	99		S N NS	
- Cotija	1	2	3	4	99		S N NS	
- Panela	1	2	3	4	99		S N NS	
- Queso ranchero	1	2	3	4	99		S N NS	
- Requesón	1	2	3	4	99		S N NS	
- Oaxaca	1	2	3	4	99		S N NS	

- Otro queso de estilo mexicano o latino (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		S N NS	
Otro queso blando (que no sea crema, cottage o ricota); especificar el tipo	1	2	3	4	99		S N NS	
Cualquier queso hecho con leche cruda/no pasteurizada	1	2	3	4	99		S N NS	
Cualquier otro queso (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		S N NS	

B. Otros lácteos	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
-------------------------	------------	--------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	---	----------------------------------

“Ahora me gustaría preguntarle sobre otros productos lácteos que <caso> comió en las 4 semanas anteriores a enfermarse”.

Leche	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿estaba esta leche cruda (no pasteurizada)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
- Entera	1	2	3	4	99		
- 2%	1	2	3	4	99		
- 1%	1	2	3	4	99		
- Descremada	1	2	3	4	99		
- Otra leche (p. ej., leche con chocolate, suero de mantequilla [buttermilk])	1	2	3	4	99		
Leche vegetal (p. ej., de soya, almendras; especifique)	1	2	3	4	99		
Yogur helado	1	2	3	4	99		
Yogur	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿estaba este yogur crudo (no pasteurizado)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Si la respuesta es "sí", especifique el tipo						
Bebidas de yogur	1	2	3	4	99		
Mantequilla (que no sea margarina ni otro sustituto)	1	2	3	4	99		
Crema o combinación de leche y crema	1	2	3	4	99		
Paletas heladas, batidos o postres lácteos helados	1	2	3	4	99		
Helado	1	2	3	4	99		
	¿Era el helado del tipo suave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Crema agria o crema	1	2	3	4	99		

C. Pescados y mariscos	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
-------------------------------	------------	--------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	---	----------------------------------

“Ahora tengo algunas preguntas sobre los pescados y mariscos que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse”.

Camarón precocido	1	2	3	4	99		
Mariscos precocidos (p. ej., cangrejo, mejillones, almejas; especifique)	1	2	3	4	99		
Pescado ahumado o curado, refrigerado, que no estuvo enlatado (p. ej., salmón ahumado)	1	2	3	4	99		
Cualquier pescado o marisco crudo,	1	2	3	4	99		

incluso <i>sushi</i>							
Pescados y mariscos procesados y congelados (p. ej., palitos de pescado o pescado empanado)	1	2	3	4	99		
D. Salsas y crema para untar	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
"Ahora tengo algunas preguntas sobre las salsas y los alimentos para untar que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".							
Hummus	1	2	3	4	99		
Salsa <u>fresca</u> o pico de gallo, refrigerados (que no sean de frasco o lata)	1	2	3	4	99		
Guacamole	1	2	3	4	99		
Otras salsas o cremas para untar (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		

E. Fruta	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las frutas frescas, congeladas o deshidratadas, pero no enlatadas o cocidas que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse". Nuevamente, me interesa saber sobre la fruta fresca, congelada o deshidratada".</i>							
Manzanas, incluso rodajas de manzana	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
<i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaban cortadas en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Manzanas cubiertas de caramelo	1	2	3	4	99		
Uvas	1	2	3	4	99		
Pasas de uva	1	2	3	4	99		
Peras	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Duraznos	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescos <input type="checkbox"/> Congelados <input type="checkbox"/> Deshidratados	
Nectarinas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Damascos	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescos <input type="checkbox"/> Congelados <input type="checkbox"/> Deshidratados	
Ciruelas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Fresas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Frambuesas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Arándanos azules	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescos <input type="checkbox"/> Congelados <input type="checkbox"/> Deshidratados	
Moras	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Cerezas	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Frescas <input type="checkbox"/> Congeladas <input type="checkbox"/> Deshidratadas	
Melón verde	1	2	3	4	99		
<i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaba cortado en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Melón cantalupo	1	2	3	4	99		
<i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaba cortado en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Sandía	1	2	3	4	99		
<i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaba cortada en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Piña	1	2	3	4	99		
<i>Si respondió 1 o 2, ¿ya estaba cortada en rodajas?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe							
Mango	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> Congelado	

						<input type="checkbox"/> Deshidratado	
	Si respondió 1 o 2, ¿ya estaba cortado en rodajas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Papaya	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Fresca <input type="checkbox"/> Congelada <input type="checkbox"/> Deshidratada	
Aguacate (incluso el guacamole casero)	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Fresco <input type="checkbox"/> Congelado <input type="checkbox"/> Deshidratado	
Ensalada de frutas (incluso un solo tipo de fruta cortada en cubos)	1	2	3	4	99		
Otra fruta (especifique) _____	1	2	3	4	99	<input type="checkbox"/> Fresca <input type="checkbox"/> Congelada <input type="checkbox"/> Deshidratada	
Helado de agua	1	2	3	4	99		
F. Contacto con animales	Contacto (=1)	Contacto probable (=2)	Contacto NO probable (=3)	NO hubo contacto (=4)	No sabe (=99)	Tipo de alimento para animales o mascotas	Lugar del contacto o de la compra
"Ahora tengo tres preguntas sobre el contacto con animales que <caso> pudo haber tenido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".							
¿Visitó un zoológico donde permiten acariciar a los animales, una granja u otro lugar con ganado, como vacas, ovejas, cabras, etc.?	1	2	3	4	99		
¿Alimentó a un gato o perro con comida <u>cruda</u> para mascotas (p. ej., comida para mascotas que se comercializa como cruda)?	1	2	3	4	99		
¿Alimentó a un gato o perro con bocadillos refrigerados, congelados o congelados en seco para mascotas?	1	2	3	4	99		

G. Carnes y productos de la sección <i>deli</i>	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Para esta sección, le voy a preguntar sobre las carnes frías que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>							
Jamón	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó el jamón en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Mortadela tipo <i>bologna</i>	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Pechuga de pavo	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Pollo de la sección <i>deli</i> (pollo que NO sea fresco ni rostizado)	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Carne al horno	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Pastrami o carne curada (<i>corned beef</i>)	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Leberwurst o <i>braunschweiger</i>	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Paté o pasta de carnes para untar no enlatados	1	2	3	4	99		
Queso de cerdo	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Pepperoni	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Cualquier otro tipo de carne estilo italiano, como salame o jamón crudo	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Otras carnes de la sección <i>deli</i> o fiambres (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Cualquier alimento que se encuentre en la sección <i>deli</i> donde se cortan las carnes	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se cortó en la sección <i>deli</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
H. Otras carnes/carnes de ave de corral	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>"Ahora tengo algunas preguntas sobre las otras carnes y las aves de corral, inclusive alimentos listos para comer, que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".</i>							
Salchicha precocida	1	2	3	4	99		
Pollo precocido (entero o en partes, incluido el pollo rostizado)	1	2	3	4	99		

Otras carnes precocidas (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Carnes curadas o deshidratadas (p. ej., <i>jerky</i>)	1	2	3	4	99		
<i>Hot dogs</i> (perros calientes)	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿cómo se cocinaron? <input type="checkbox"/> Se calentaron antes de comerse <input type="checkbox"/> No se calentaron antes de comerse (se comieron directamente del paquete) <input type="checkbox"/> NS						
Carnes de aves de corral procesadas y congeladas (p. ej., trocitos de pollo empanizado o pastel de pavo; <i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Carne molida de pollo o pavo (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		

I. Verduras y otros productos agrícolas	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
"Ahora tengo algunas preguntas sobre las verduras, que no sean enlatadas ni cocidas, que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse".							
Germinados (incluso dentro de sándwiches, ensaladas, sopas, <i>sushi</i> y otros alimentos)	1	2	3	4	99		
Si respondió 1 o 2, ¿cuáles de los siguientes tipos comió?							
- Alfalfa	1	2	3	4	99		
- Frijol (p. ej., mungo, soya)	1	2	3	4	99		
- Trébol	1	2	3	4	99		
- Rábano	1	2	3	4	99		
- Brócoli	1	2	3	4	99		
- Mezcla	1	2	3	4	99		
- Otros germinados (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Pepinos	1	2	3	4	99		
Arvejas/guisantes /arvejas chinas	1	2	3	4	99		
Pimientos dulces (verdes, rojos, anaranjados o amarillos)	1	2	3	4	99		
Pimientos o chiles picantes, como los jalapeños o serranos	1	2	3	4	99		
Cebollín	1	2	3	4	99		
Apio	1	2	3	4	99		
Zanahorias pequeñas	1	2	3	4	99		
Hongos frescos	1	2	3	4	99		
Verduras crudas precortadas o mezcla de verduras (p. ej., apio, cebolla; <i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Albahaca fresca	1	2	3	4	99		
Cilantro fresco	1	2	3	4	99		
Perejil fresco	1	2	3	4	99		
Otras hierbas frescas (salvia, tomillo, eneldo, etc.; <i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Tomates frescos	1	2	3	4	99		
Si respondió 1 o 2, ¿qué tipo(s) de tomate?							
- Redondo rojo	1	2	3	4	99		
- Roma	1	2	3	4	99		

- Tomate cherry o grape (uva)	1	2	3	4	99		
- Maduro en rama	1	2	3	4	99		
Otro (especifique)	1	2	3	4	99		
Cualquier lechuga	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿estaba la lechuga preenvasada? <input type="checkbox"/> Sí (especifique el tipo y la marca) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS _____						
	Si respondió 1 o 2, ¿qué tipo(s) de lechuga?						
- Repollada	1	2	3	4	99		
- Romana	1	2	3	4	99		
- Mezclum (lechugas mixtas)	1	2	3	4	99		
- Rábano	1	2	3	4	99		
- Cualquier otra lechuga (especifique)	1	2	3	4	99		

I. Verduras y otros productos agrícolas (continuación)	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
Otras verduras de hoja preenvasadas (p. ej., col rizada, espinaca; <i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
Ensaladas preparadas de hoja verde, que incluyen también otros ingredientes (p. ej., ensaladas Cobb, César)	1	2	3	4	99		
Otros productos agrícolas (<i>especifique</i>)	1	2	3	4	99		
J. Ensaladas de la sección deli	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
<i>“Ahora tengo algunas preguntas sobre las ensaladas preparadas que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse”. No incluya ensaladas caseras, sino aquellas hechas en fábricas, restaurantes o fuera del hogar”.</i>							
Ensalada de papas	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿compró este producto en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de pasta	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de huevo	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de atún	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de pollo	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de frijoles	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de mariscos	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Ensalada de repollo (cole slaw)	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Otra ensalada con carne o verduras listas para comer, no hecha en el hogar	1	2	3	4	99		
	Si respondió 1 o 2, ¿se compró en la sección deli? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe						
Cualquier alimento de una barra de ensaladas	1	2	3	4	99		

K. Otros alimentos	Comió (=1)	Probablemente comió (=2)	Probablemente NO comió (=3)	NO comió (=4)	No sabe (=99)	Detalles (p. ej., tipo, variedad, marca, tipo de envase, forma/tamaño, cómo se preparó)	Lugar donde se compró o consumió
--------------------	------------	--------------------------	-----------------------------	---------------	---------------	---	----------------------------------

“Ahora tengo algunas preguntas sobre otros alimentos que <caso> podría haber comido en las 4 semanas anteriores a enfermarse”.

Licuado fresco hecho con frutas o verduras frescas o congeladas	1	2	3	4	99		
Tahini	1	2	3	4	99		
Tofu, tempe o setán	1	2	3	4	99		
Fideos de arroz	1	2	3	4	99		
Sándwiches provenientes de un refrigerador autoservicio o una máquina expendedora	1	2	3	4	99		
Mantequilla de maní u otras mantequillas o quesos de frutos secos	1	2	3	4	99		
Frutos secos, incluidos los maníes, las almendras y las nueces de la India	1	2	3	4	99		
Semillas, como de chía, cáñamo, lino o girasol	1	2	3	4	99		
Alimentos provenientes de otros países	1	2	3	4	99		

Cualquier alimento estacional o especial que <caso> comió durante las últimas 4 semanas _____

¿Hay algún otro alimento que <caso> comió y del cual no hemos hablado ya? _____

Preguntas opcionales: (Nota para el encuestador: estas preguntas pueden ayudar en las investigaciones de brotes y para enfocar los esfuerzos de prevención).

1. ¿En qué país nació <caso>?

En los Estados Unidos o sus territorios (p. ej., Puerto Rico, Guam)

Fuera de los Estados Unidos (especifique) _____

Si nació fuera de los Estados Unidos: ¿En qué año vino esta persona a vivir a los Estados Unidos? _____

2. ¿Cuál es <su> idioma principal? Inglés Español Otro (especifique) _____ No se sabe