

Date: ___/___/___

Tennessee

Interviewer: _____

Campylobacter species: _____

NAR: Y N

CAMPYLOBACTER INTERVIEW FORM
ENCUESTA PARA LOS CASOS DE ENFERMEDAD CON CAMPYLOBACTER

Patient's Name (last, first): _____

DOB: ___/___/___

Nombre del paciente (apellido, nombre)

Fecha de nacimiento

Parent's Name (if child): _____

Nombre de los padres (en caso de menores)

Race: _____ Ethnicity: _____

Gender: _____

Etnicidad

Genero

Symptom History / Historial de sintomas

Nausea <i>Nausea</i>	Y N	Chills <i>Escalofrios</i>	Y N	What was first symptom? <i>¿Cual fue el primer sintoma?</i>
Vomiting <i>Vomitos</i>	Y N	Headache <i>Dolor de cabeza</i>	Y N	Date of onset: (mo/da/yr) ___/___/___ <i>Fecha del primer sintoma</i>
Diarrhea <i>Diarrea</i>	Y N	Backache <i>Dolor de espalda</i>	Y N	Time of onset: (military) _____ <i>Hora de inicio del primer sintoma</i>
stools/24 hrs _____ <i>En 24 horas</i>		Muscle aches <i>Dolor de musculos</i>	Y N	Date of onset of diarrhea: ___/___/___ <i>¿Qué día (fecha) comenzó con diarrea?</i>
Blood in stool <i>¿Notó sangre en heces/diarrea?</i>	Y N	Fatigue <i>Fatiga</i>	Y N	Time of onset of diarrhea (military): ____ <i>¿A qué hora comenzó su diarrea?</i>
Cramps <i>¿Cólicos?</i>	Y N	Joint Pain <i>¿Dolor de articulaciones?</i>	Y N	Duration of diarrhea: _____ <i>¿Por cuantos días tuvo diarrea?</i>
Fever <i>¿Calentura/fiebre?</i>	Y N	Other _____ <i>¿Otros síntomas?</i>		Date of recovery: ___/___/___ <i>¿Qué día se recuperó?</i>
Temp: _____ <i>¿Cuánto le dio de temperatura?</i>				Time of recovery (military): _____ <i>¿A qué hora se recuperó?</i>

Were you on any medication in the month prior to your illness? Y N

¿Tomo algun medicamento durante el mes previo al desarrollo de esta enfermedad?

If yes, what medication(s)? _____

Si fue asi, ¿que medicamento?

Were you treated with antibiotics after the onset of this illness? Y N

¿Fue tratado con algun antibiotico/desparasitante despues de haber comenzado esta enfermedad?

If yes, what antibiotic(s)? _____ What date did you start: ___/___/___

Si fue asi, ¿que antibiotico tomo? (INCLUDE DOSE AND DURATION IF KNOWN) What date did you finish: ___/___/___

Fecha de inicio y fin del tratamiento

(If unknown start date) → Did you take the antibiotics before you submitted your stool specimen? Y N

¿Comenzó a tomar los antibióticos antes de haber dado la muestra de heces?

If yes, how many days before culture? _____ **SAME DAY**

Si fue asi, ¿cuantos dias antes de dar la muestra?

1. Did you drink any well water in the week prior to your illness? Y N
¿Tomo agua de algun pozo en la semana previa del inicio de la enfermedad?

Where? (eg. home, cabin, farm) _____
En donde? (en un casa, una cabaña)

Address of well _____
Direccion/localidad del pozo

Describe well (eg. single home, multiple home) _____
Describe el pozo (es solo para una casa, es para multiples casas, es publico)

2. Did you drink any unpasteurized milk in the week prior to your illness? Y N
¿Tomo leche sin haber sido pausterizada? (adquirida en una granja, recién ordeñada)

If yes, where consumed? _____ when? _____
Si fue así, ¿en donde consumio la leche? Cuando

Where purchased? _____
¿en donde la compro?

3. Did you swim in the ocean, a lake, a river, or pool in the week before your illness? Y N
¿Nado en el mar, algun lago, rio o piscina durante la semana previa a la enfermedad?

If yes, where? _____ when? _____
Si fue así, ¿Cuándo y en donde (nombre y direccion)?

4. Did you have contact with household pets, either in the home or elsewhere in the week prior to your illness?
¿Tuvo contacto con mascotas domesticas, ya sea en su casa o en la de alguien mas durante la semana previa a la enfermedad? Y N

Pets and description of contact (including if the pets had been sick with diarrhea):
Describe el tipo de contacto y el tipo de mascota (mencionar si el animal estaba enfermo con diarrea).

5. During the week prior to your illness, did you live on, work on, or visit a farm? Y N
¿Durante las 2 semanas previas a la enfermedad, vivio, trabajo o visito una granja?

If yes, name, location, and dates at farm (other than home farm):
Si fue así, ¿nombre, direccion y fechas que visito la granja (a menos que la granja sea su hogar)?

- Live on farm
Vive en una granja
- Work on farm: _____ When? _____
Trabaja en una granja Cuando
- Visit farm: _____ When? _____
Visito una granja Cuando

6. Did you visit a petting zoo, educational exhibit, fair, or other venue with animals? Y N
¿Visitó algun zoologico en el que toco animales, alguna exhibicion educativa, feria u otro lugar con animales?

If yes, name/location: _____ When? _____
Si fue así, nombre, direccion Cuando

7. **If yes to questions 5 or 6**, were any of the following animals present? **If yes**, did you have any contact with them?
Si 5 o 6 es afirmativo: algunos de los siguientes animales estaban presentes? hubo tuvo contacto con ellos?

	Home <i>Casa</i>			Work <i>Trabajo</i>			Other Farm <i>Otro tipo de granja</i>			Petting Zoo/Exhibit <i>Zoologico Interactivo/ exhibicion</i>		
	Present – No Contact	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	Present – No Contact	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	Present – No Contact	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>	Present – No Contact	Contact	Describe Contact <i>Describir contacto</i>
Cow <i>Vaca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Goat <i>Cabra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sheep <i>Oveja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pig <i>Cerdo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chicken <i>Pollo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Turkey <i>Pavo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other: <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Did you travel anywhere during the week prior to your illness? Y N
Durante la semana previa a la enfermedad estomacal, ¿viajó algún lugar?

If yes, where? _____ **When?** ____/____/____ **thru** ____/____/____
Si fue así, ¿a dónde? Fecha de inicio Ultimo dia

9. Do you know of anyone else with a diarrheal illness prior to or following your illness? Y N
¿Supo si alguien más tuvo diarrea durante la semana previa a su enfermedad?

If yes, when? ____/____/____ **Who?** _____
¿Cuándo? ¿quién?

10. Did you eat in any restaurants during the seven days before your illness? Y N

¿Consumió alimentos o bebidas de algún restaurante, cafés, cafetería durante la semana previa al comienzo de la enfermedad?

1. Name: _____ Date: ____/____/____ Time: _____
Nombre Fecha Hora

Address: _____
Direccion

Foods eaten: _____
Alimentos consumidos

2. Name: _____ Date: ____/____/____ Time: _____

Address: _____

Foods eaten: _____

3. Name: _____ Date: ____/____/____ Time: _____

Address: _____

Foods eaten: _____

11. Did you eat any chicken in the week prior to your illness? Y N

¿Comio pollo durante la semana previa a su enfermedad?

12. Apart from any chicken you may have eaten in restaurants in the week prior to your illness, did you *prepare* or *consume* any chicken at a private home? Y N

¿Ademas del pollo que pudo haber consumido en algun restaurante durante la semana previa a su enfermedad, preparo y/o consumo pollo en su hogar?

If yes, when? ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
Si fue así, ¿Cuándo?

Brand/description of chicken: _____
Marca/descripcion del pollo

Where was it purchased (store name/location): _____
En donde lo compro (nombre de la tienda/localidad)

Date of purchase: ____/____/____
Fecha de compra

13. Did you *prepare* or *consume* any turkey in the week prior to your illness? Y N

¿Preparo y/o comio pavo durante la semana previa a su enfermedad?

If yes, when? ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
Si fue así, ¿Cuándo?

Where: _____
Lugar

Brand/description of turkey: _____
Marca/descripcion del pavo

Where was it purchased (store name/location): _____
En donde lo compro (nombre de la tienda/localidad)

Date of purchase: ____/____/____
Fecha de compra

14. Did you *prepare* or *consume* any pork in the week prior to your illness? Y N
¿Preparo y/o comio cerdo durante la semana previa a su enfermedad?

If yes, when? _____/_____/_____ thru _____/_____/_____ _____/_____/_____
Si fue así, ¿Cuándo?

Where: _____
Lugar

Brand/description of pork: _____
Marca/ descripción del cerdo

Where was it purchased (store name/location): _____
En donde lo compro (nombre de la tienda/localidad)

Date of purchase: _____/_____/_____
Fecha de compra

15. Did you attend or work at a daycare prior to or following your illness? Y N
Antes o después de la enfermedad ¿visitó o trabajo en alguna guardería?

If yes, when: _____/_____/_____ thru _____/_____/_____
Si fue así, ¿Qué fechas?

Name of Daycare: _____
Nombre de la guardería.

Name of Daycare Director: _____
Nombre del director(a) de la guardería

City: _____ Phone Number: _____
Ciudad Número de teléfono

Did your child attend daycare (or did you work at a daycare) with a diarrheal illness? Y N Unk
¿Asistió su hijo(a) alguna guardería mientras estaba enfermo(a) con diarrea (o usted trabajo en una guardería enfermo)?

If yes, what dates? _____
Si fue así, ¿Qué fechas?

Are you aware of any other illness in the daycare? Y N Unk
¿Sabe si alguien más de la guardería se enfermó?

For children that attend daycare or daycare employees:

Daycare providers are contacted to determine if any other children may be ill and to provide information and recommendations to prevent further spread of this illness. Our use of the data from this interview may include disclosing your/your child's name to the extent necessary to do our investigation and control the spread of disease. For example, it may be necessary to disclose the name to the daycare center. Do you have any concerns about disclosing your/your child's name to the daycare, if it is necessary?

Contactamos a los encargados de la guardería para determinar si hay otros niños que podrían estar enfermos y para proporcionar información/recomendaciones que prevenga el contagio de nuevos casos. Parte del uso que le damos a la información que recolectamos en esta entrevista incluye dar su nombre o el del niño(a) con la finalidad de llevar a cabo dicha investigación y para controlar la propagación de la enfermedad. Por ejemplo, puede que sea necesario que mencionemos el nombre de la guardería. ¿Tiene alguna inconveniencia en que mencionemos su nombre o el nombre del niño(a) a la guardería, si fuese necesario?

Yes, I do have concerns
Sí, tengo inconveniencia

No, I do not have concerns
No, tengo inconveniencia

Tennessee read Y N

If Adult Case:

What is your occupation? _____

¿Cual es su ocupacion?

Name of employer? _____

¿Nombre de su empleador?

Address/city of employer? _____

Direccion/ciudad del empleador

Work phone: _____

Numero de telefono del trabajo

If Child Case:

Child's school name/address: _____

Nombre/direccion de la escuela del paciente

Parent 1 occupation: _____

Ocupacion del padre:

Parent 2 occupation: _____

Ocupacion de la madre:

Revised 1/2011