



**PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PEDIATRIA)**

**Diarreas agudas Infecciosas en la infancia (<4 años -hasta 48 meses cumplidos)**

**ENCUESTA FAMILIAR**

Etiqueta	CIP DEL NIÑO:..... Semana en la que notificó el caso: _____
<p><b>Datos de la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Localidad de residencia:..... _____</li> <li>▪ Nº hijos:..... _____</li> <li>▪ Estudios acabados:..                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- No completó estudios primarios; primarios (escuela primaria, EGB) ..... <input type="checkbox"/></li> <li>- Secundarios (bachiller, FP, etc.)..... <input type="checkbox"/></li> <li>- Universitarios..... <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>▪ Trabajo fuera del hogar..... <input type="checkbox"/></li> <li>▪ Curso de preparación al parto..... <input type="checkbox"/></li> </ul> <p><b>Datos del niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prematuro o de bajo peso..... Si / No</li> <li>▪ Asistencia a guardería o similar ..... Si / No                      Desde que edad (en meses) :..... _____</li> <li>▪ Come en la guardería o colegio..... Si / No                      Desde que edad (en meses) :..... _____</li> </ul> <p>Tiene conocimiento de más casos en el entorno en el que ha estado el niño en los últimos días</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No..... <input type="checkbox"/></li> <li>- Sí, en la guardería/colegio..... <input type="checkbox"/></li> <li>- Sí, entre sus amigos/vecinos..... <input type="checkbox"/></li> <li>- Sí, entre sus hermanos/primos/familiares..... <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Ha tomado antibióticos en la última semana..... Si / No                      Cual:..... _____</p> <p>Ha tomado otra medicación en la última semana..... Si / No                      Cual:..... _____</p>	

**Lactancia y alimentación**

	Nac.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	>24	
<b>*Lactancia Materna</b>																											
<b>*Lactancia artificial</b>																											
<b>**Introducción alimentos</b>																											

\*Señale con X los meses continuos de cada tipo de lactancia  
 \*\*Marque con una X el mes en el que se introduce el primer alimento

**Otros riesgos**

Hay animales en casa:.....  
 Cuáles (incluya además de perros y gatos, pájaros, peces, tortugas, hámster etc.)