**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941 291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**      /     /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**       **Teléfono:**

**Municipio:**       **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**        **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**       **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:      /     /

**Edad en años:**      **Edad en meses menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

**País de nacimiento:**       **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación:**      **Centro de Estudio (aula)/Trabajo:**

**DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**     /     /

Municipio:       Provincia:       Comunidad Autónoma:      País:

**DATOS DE LABORATORIO**

**Agente causal (género y especie):**

**Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio:**      /     /

**Fecha de diagnóstico microbiológico:**      /     /

**Criterios analíticos:**

 **Tipo de prueba:**

 **SI NO Desconocido Tipo Muestra Clínica**

Aislamiento [ ]  [ ]  [ ]

 **Patrón de resistencia a los antimicrobianos:**

 **Sensible Intermedio Resistente**

Ampicilina [ ]  [ ]  [ ]

Amoxicilina/Ac Clavulánico [ ]  [ ]  [ ]

Ciprofloxacino [ ]  [ ]  [ ]

Eritromicina [ ]  [ ]  [ ]

Ácido Nalidíxico [ ]  [ ]  [ ]

Gentamicina [ ]  [ ]  [ ]

Tetraciclinas [ ]  [ ]  [ ]

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

 **Asociado a brote**:Sí [ ]  No [ ]  Desconocido [ ]  Identificador del brote:

**OBSERVACIONES**

1. Por defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio [↑](#footnote-ref-1)