**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941291976**

**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 en 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 DE LA ENFERMEDAD**

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

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No

**Defunción:** Sí  No

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

**País:**  **C. Autónoma**:

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

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de recepción en el laboratorio fuente:**    /    /

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):**  *Chlamydia trachomatis*

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Ulcera genital  Exudado uretral

Exudado rectal  Exudado vaginal

Exudado cervical  Exudado nasofaríngeo

Exudado faríngeo  Exudado conjuntival

Orina  Muestra normalmente estéril, sin especificar

**Prueba** (marcar la prueba con resultado positivo):

Aislamiento

Ácido Nucleico, detección

Antígeno, detección

**SEROLOGIAS**

**Resultados de VIH:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis B:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis C:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Sífilis:** Positivo NegativoNo realizado

**VACUNACIÓN**

**Vacunado de Hepatitis B**: Sí  No

**Vacunado con posterioridad a la infección:** SÍ No

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí  No

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6):

**OBSERVACIONES [[7]](#footnote-7)**

1. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)