**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS**

**Enviar a** **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 **[ ]** Negativo **[ ]** No realizado **[ ]**

**Resultados de Hepatitis B:** Positivo **[ ]** Negativo **[ ]** No realizado **[ ]**

**Resultados de Hepatitis C:** Positivo **[ ]** Negativo **[ ]** No realizado **[ ]**

**Resultados de Sífilis:** Positivo **[ ]** Negativo **[ ]** No 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)