**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA**

**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:**      -     -

**Manifestación clínica** (puede marcarse más de un signo/síntoma síntomas):

[ ]  Dolor faríngeo [ ]  Membrana faríngea adherente con inflamación

[ ]  Edema de cuello [ ]  Adenopatías cervicales

[ ]  Celulitis [ ]  Ronquera

[ ]  Epiglotitis [ ]  Estridor

[ ]  Lesión cutánea [ ]  Coma

[ ]  Meningitis [ ]  Miocarditis

[ ]  Neumonía [ ]  Neuritis

[ ]  Osteomielitis [ ]  Pericarditis

[ ]  Postración [ ]  Artritis

[ ]  Sepsis [ ]  Tos intensa

[ ]  Otra

**Localización fundamental** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Cutánea [ ]  Faríngea [ ]  Laringotraqueal [ ]  Nasal [ ]  Tonsilar [ ]  Otras localizaciones

**Complicaciones:** Sí [ ]  No [ ]

**Tratamiento específico** (marcar las opciones que correspondan):

[ ] Antibiótico

[ ] Antitoxina [ ] Antitoxina sp

**Tratamiento anterior a la toma de muestra:** Sí [ ]  No [ ]

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

**Fecha de ingreso hospitalario:**      -     -      **Fecha de alta hospitalaria:**      -     -

**Defunción:** Sí [ ]  No[ ]

**Fecha de defunción:**      -     -

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

**País:**      **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

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

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio** (fecha del primer resultado concluyente):     -     -

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

[ ]  *Corynebacterium diphtheriae*

[ ]  *Corynebacterium ulcerans*

[ ]  *Corynebacterium pseudotuberculosis*

**Otro detalle** - Biotiopo de *C. diphtheriae* (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  *belfanti*

*[ ]  intermedius*

*[ ]  gravis*

*[ ]  mitis*

**Muestra** (marcar las muestras en las que el resultado sea positivo):

[ ]  Exudado faríngeo[ ]  Exudado nasal [ ]  Lesión cutánea [ ]  Membrana

**Prueba** (marcar las que tengan resultado positivo):

[ ]  Aislamiento microbiológico

[ ]  Detección de toxina

[ ]  Detección de Ácido Nucleico (PCR)

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

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:      \_

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo[[6]](#footnote-6)** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Trabajador de escuela/guardería

[ ]  Atiende a personas enfermas

[ ]  Trabajador sanitario

**Exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Contacto con un enfermo o infectado (portador)

[ ]  Contacto con persona procedente de zona endémica

[ ]  Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados.

**Tipo de animal** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Gato

[ ]  Perro

[ ]  Animal de granja

[ ]  Otro animal

**Datos de viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación** (2-7 días previos al inicio de los síntomas)**:** Sí [ ]  No [ ]

**Lugar del viaje:**

**País:**      **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Fecha de ida**:      -     -      **Fecha de vuelta**:      -     -

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado con alguna dosis**: Sí [ ]  No [ ]

**Número de dosis:**

**Fecha de última dosis recibida:**      -     -

**Presenta documento de vacunación** Sí [ ]  No [ ]

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Descartado:** Sí [ ]  No [ ]

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

[ ]  Sospechoso[[7]](#footnote-7)

[ ]  Probable[[8]](#footnote-8)

[ ]  Confirmado[[9]](#footnote-9)

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico[[10]](#footnote-10) Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico[[11]](#footnote-11) Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio[[12]](#footnote-12) Sí [ ]  No [ ]

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[13]](#footnote-13):

**OBSERVACIONES**

**Investigación de contacto:** Sí [ ]  No [ ]

**Fichero**  [ ]  No [ ]

**Otras observaciones[[14]](#footnote-14)**:

1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.) [↑](#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): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Ocupación de riesgo: Aquella que genera un riesgo de transmisión de la enfermedad a otras personas [↑](#footnote-ref-6)
7. Caso sospechoso: persona que satisface los criterios clínicos de difteria respiratoria. En el caso de difteria cutánea y de otras localizaciones, no procede [↑](#footnote-ref-7)
8. Caso probable: persona que satisface los criterios clínicos de difteria respiratoria y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado (humano o animal). En el caso de difteria cutánea y de otras localizaciones, no procede. [↑](#footnote-ref-8)
9. Caso confirmado: persona que satisface los criterios clínicos y de laboratorio [↑](#footnote-ref-9)
10. Criterio clínico: cualquier persona con alguna de las siguientes formas clínicas:

	* *Difteria respiratoria*: enfermedad del tracto respiratorio superior con laringitis o nasofaringitis o amigdalitis Y una membrana ó pseudomembrana.
	* *Difteria cutánea*: lesión ulcerosa crónica no progresiva que puede aparecer con una membrana gris sucia.*Difteria de otras localizaciones*: lesión en conjuntiva o en mucosas [↑](#footnote-ref-10)
11. Criterio epidemiológico: vínculo epidemiológico con un caso confirmado. [↑](#footnote-ref-11)
12. Criterio de laboratorio: aislamiento en una muestra clínica de *Corynebacterium diphtheriae*, *Corynebacterium ulcerans* o *Corynebacterium pseudotuberculosis* productores de toxina [↑](#footnote-ref-12)
13. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-13)
14. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-14)