ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR CEPAS DE *Escherichia coli* PRODUCTORAS DE TOXINA SHIGA O VEROTOXINA (STEC/VTEC)

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso[1]: ..... / ..... / .....

DATOS DEL CASO

Nombre: ..... **Apellido 1**: ..... **Apellido 2**: .....

CIP-SNS: ..... **CIPA**: ..... **DNI/NIE**: ..... **Pasaporte**: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

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

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: ..... **C.A. de residencia:** .....

Provincia de residencia: ..... **Municipio de residencia:** .....

Código postal de residencia: .....

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso[2]**:** ..... / ..... / .....

Presenta sintomatología: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Manifestación clínica (marcar las que correspondan):

☐ Diarrea ☐ Diarrea sanguinolenta

☐ Síndrome hemolítico urémico

Hospitalización[3]**:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: ..... / ..... / .....

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal[4] (marcar una de las siguientes opciones):.....

Detección directa del ácido nucleico de los genes:

☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Resultado indeterminado ☐ No realizado

Tipo de toxina siga:

☐ *stx1* ☐ Toxina Shiga sin especificar

☐ *stx2*

☐ *stx1* y *stx2*

Muestra (marcar las pruebas con resultado positivo):

☐ Heces ☐ Orina ☐ Sangre

Prueba (marcar las que tengan resultado positivo):

☐ Cultivo ☐ Detección de ácido nucleico (PCR)

☐ Detección de anticuerpo ☐ Detección de toxina

Fermenta a sorbitol: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana[5]**:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Ácido nalidíxico	☐	☐	☐	.....	.....
Amikacina	☐	☐	☐	.....	.....
Amoxicilina /Clavulánico	☐	☐	☐	.....	.....
Ampicilina	☐	☐	☐	.....	.....
Azitromicina	☐	☐	☐	.....	.....
Aztreonam	☐	☐	☐	.....	.....
Cefazolina	☐	☐	☐	.....	.....
Cefepime	☐	☐	☐	.....	.....
Cefotaxima	☐	☐	☐	.....	.....
Ceftazidima	☐	☐	☐	.....	.....
Ceftazidima/Avibactam	☐	☐	☐	.....	.....
Ciprofloxacino	☐	☐	☐	.....	.....

Cloranfenicol	☐	☐	☐	.....	.....
Colistina	☐	☐	☐	.....	.....
Ertapenem	☐	☐	☐	.....	.....
Estreptomicina	☐	☐	☐	.....	.....
Fosfomicina	☐	☐	☐	.....	.....
Gentamicina	☐	☐	☐	.....	.....
Imipenem	☐	☐	☐	.....	.....
Kanamicina	☐	☐	☐	.....	.....
Meropenem	☐	☐	☐	.....	.....
Nitrofurantoina	☐	☐	☐	.....	.....
Piperacilina/Tazobactam	☐	☐	☐	.....	.....
Sulfametoxazol	☐	☐	☐	.....	.....
Tetraciclina	☐	☐	☐	.....	.....
Tigeciclina	☐	☐	☐	.....	.....
Tobramicina	☐	☐	☐	.....	.....
Trimetoprim/Sulfametoxazol	☐	☐	☐	.....	.....

S: Sensible con régimen de dosificación estándar *R: Resistente*

I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico *CMI: Concentración mínima inhibitoria*

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

Identificación de muestra del declarante al LNR: .....

Identificación de muestra en el LNR: .....

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

☐ En la C.A. de residencia[6]

☐ En una C.A. distinta de la de residencia[7]

☐ En un país distinto de España[8]

País de exposición del caso[9]: .....

C.A. de exposición del caso[9]: .....

Provincia de exposición del caso[9]: .....

Municipio de exposición del caso[9]: ……

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Manipulación de alimentos

☐ Personal sanitario

☐ Cuidado (no sanitarios) de personas enfermas

☐ Trabajo en escuela infantil

☐ Personal de cuidado, recogida, cría y transporte de animales

Exposición (marcar las posibles si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

☐ Consumo de alimento contaminado

☐ Consumo de agua de bebida contaminada

☐ Contacto con un enfermo o infectado (portador)

☐ Exposición a animales, sus tejidos o derivados contaminados

☐ Transmisión sexual relación homosexual

☐ Transmisión sexual relación heterosexual

☐ Transmisión sexual sin especificar

☐ Exposición en aguas recreativas[10]

☐ Exposición a lodos, suelo, tierra y otros materiales de desecho contaminados

☐ Desconocida

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Carne y productos cárnicos sin especificar
☐ Carne y productos de vacuno
☐ Carne y productos de cerdo
☐ Carne y productos de caballo
☐ Carne y productos de cordero
☐ Carne y productos de ave
☐ Carne y productos de carne de caza
☐ Carne y productos de jabalí
☐ Producto cárnico de cerdo y jabalí
☐ Pescado
☐ Marisco
☐ Huevos
☐ Producto lácteo sin especificar
☐ Queso
☐ Leche
☐ Fórmula láctea
☐ Vegetales
☐ Fruta
☐ Miel
☐ Mixtos o buffet
☐ Agua sin especificar
☐ Agua: embotellada industrial
☐ Agua: red pública (tratada o no tratada)
☐ Agua: abastecimiento privado
☐ Agua: ríos y similares
☐ Desconocido

☐ Plato preparado: Alimento que está listo para comer, ya sea en un restaurante, mercado, estación de comida o proveniente de ellos

Especificar alimento sospechoso:.....

Tipo de confirmación del alimento[11] (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Por evidencia epidemiológica ☐ Por evidencia de laboratorio

☐ Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones)**:**

☐ Hogar ☐ Restaurante

☐ Ámbito escolar/formativo ☐ Institución cerrada, sin especificar

☐ Residencia de mayores ☐ Transporte

☐ Instalación sanitaria ☐ Instalación con animales

☐ Comunitario ☐ Desconocido

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

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

☐ Sospechoso[12] ☐ Probable ☐ Confirmado

Asociado a brote: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote: ……

C.A. de declaración del brote[13]: ……

OBSERVACIONES[14]

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. 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.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio. Se notificará la máxima caracterización disponible del agente, especie productora de toxina siga, serogrupo y serotipo. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.
5. Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana: Interpretación final basada en los puntos de corte de los criterios clínicos de EUCAST o de las predicciones de fenotipo salvaje o no salvaje de genes de resistencia o de mutaciones asociadas con la resistencia.
6. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.

7. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
8. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio
10. Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.
11. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección.
12. Sospechoso: Sólo se incluirá como sospechoso el caso que cumple los criterios clínicos de SHU (sin otra causa posible).
13. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
14. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.