**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE Q**

**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 [ ]

**Secuelas**: 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)**: [ ]  *Coxiella burnetii*

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

[ ]  Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial

[ ]  Esputo

[ ]  Sangre

[ ]  Suero

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Ácido Nucleico, detección | [ ]  Aislamiento |
| [ ]  Anticuerpo, detección | [ ]  Anticuerpo, IgG |
| [ ]  Anticuerpo, IgM | [ ]  Anticuerpo, seroconversión |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Manipulador de alimentos | [ ]  Manipulador de animales |
| [ ]  Medioambiental: animal | [ ]  Medioambiental: suelo |
| [ ]  Trabajador de laboratorio | [ ]  Trabajador del sexo |
| [ ]  Trabajador sanitario |  |

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

[ ]  Aerosol

[ ]  Aire (excepto aerosoles)

[ ]  Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)

[ ]  Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.

[ ]  Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

[ ]  Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

[ ]  Persona a Persona: Madre-Hijo

[ ]  Persona a Persona: Sexual sin especificar

[ ]  Ocupacional

[ ]  Otra exposición ambiental[[6]](#footnote-6)

**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  De granja

[ ]  Garrapata

[ ]  Otro animal

**Alimento sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Leche y lácteos de cabra | [ ]  Leche y lácteos de oveja |
| [ ]  Leche y lácteos de vaca | [ ]  Leche y lácteos sin especificar |

[ ]  Queso

**Tipo de comercialización del alimento:**

[ ]  No comercializado

[ ]  Venta de alimento artesanal

[ ]  Venta de alimento industrial

**Fecha de consumo alimento:**    /    /

**Tipo de confirmación del vehículo[[7]](#footnote-7)** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Por evidencia epidemiológica

[ ]  Por evidencia de laboratorio

[ ]  Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Vehículo, agente causal**[[8]](#footnote-8): [ ]  *Coxiella burnetii*

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

[ ]  Probable

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

**OBSERVACIONES [[10]](#footnote-10)**

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: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#footnote-ref-5)
6. Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos… [↑](#footnote-ref-6)
7. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la identificación del vehículo de la infección [↑](#footnote-ref-7)
8. Vehículo,agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el vehículo**.** [↑](#footnote-ref-8)
9. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-9)
10. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-10)