**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA**

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

[ ]  *Salmonella enterica* Paratyphi

[ ]  *Salmonella enterica* Typhi

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

[ ]  Paratyphi [ ]  Paratyphi A [ ]  Paratyphi B

[ ]  Paratyphi C [ ]  Typhi

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

[ ]  Biopsia intestinal [ ]  Heces

[ ]  LCR [ ]  Líquido articular

[ ]  Líquido peritoneal [ ]  Orina

[ ]  Sangre

**Prueba:**

[ ]  Aislamiento

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

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**Grupo Somático[[7]](#footnote-7)**:

**DATOS DEL RIESGO**

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

[ ]  Manipulador de alimentos

[ ]  Atiende a personas enfermas

[ ]  Trabajador sanitario

[ ]  Trabajador de escuela/guardería

[ ]  Trabajador de laboratorio

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

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

[ ]  Consumo de Agua de bebida

[ ]  Aguas recreativas[[8]](#footnote-8)

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

[ ]  Persona a Persona: durante las prácticas sexuales

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

[ ]  Agua

[ ]  Fruta

[ ]  Leche y lácteos de cabra

[ ]  Leche y lácteos de oveja

[ ]  Leche y lácteos sin especificar

[ ]  Leche y lácteos de vaca

[ ]  Mariscos, crustáceos, moluscos y sus productos

[ ]  Otros alimentos, excluyendo agua

[ ]  Vegetales

**Alimento más detalles** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Agua embotellada

[ ]  Agua. Abastecimiento común

[ ]  Agua. Fuentes/etc. (no abastecimiento)

[ ]  Agua. Abastecimiento individual

**Tipo de comercialización del alimento:**

[ ]  No comercializado

[ ]  Venta de alimento artesanal

[ ]  Venta de alimento industrial

**Tipo de confirmación del vehiculo[[9]](#footnote-9)** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Por evidencia epidemiológica

[ ]  Por evidencia de laboratorio

[ ]  Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Vehículo, agente causal[[10]](#footnote-10)** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  *Salmonella enterica* Paratyphi

[ ]  *Salmonella enterica* Typhi

**Vehículo, serotipo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Paratyphi

[ ]  Paratyphi A

[ ]  Paratyphi B

[ ]  Paratyphi C

[ ]  Typhi

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

|  |  |
| --- | --- |
| * **Transporte**

[ ]  Autobús [ ]  Avión[ ]  Barco[ ]  Tren[ ]  Transporte sin especificar* **Comedor colectivo**

[ ]  Escuela Infantil[ ]  Escuela[ ]  Instalación docente > 18 años[ ]  Hotel[ ]  Restaurante/Bar[ ]  Otro comedor colectivo* **Familiar**

[ ]  Hogar[ ]  Camping  | * **Instituciones cerradas**

[ ]  Geriátrico[ ]  Prisión o Custodia[ ]  Hospital[ ]  Instalación sanitaria (excepto hospital)[ ]  Institución para deficientes psíquicos[ ]  Otra institución cerrada* **Otros ámbitos**

[ ]  Granja[ ]  Instalación militar[ ]  Zona específica[ ]  Campamento[ ]  Laboratorio [ ]  Otro ámbito, sin especificar  |

**Datos del viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación:** 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 [ ]

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

[ ]  Atenuada

[ ]  Inactivada

**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[[11]](#footnote-11):

**OBSERVACIONES [[12]](#footnote-12)**

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 caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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. Serotipo: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-6)
7. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico. [↑](#footnote-ref-7)
8. 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. [↑](#footnote-ref-8)
9. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la identificación del vehículo de la infección [↑](#footnote-ref-9)
10. Agente causal: Rellenar sólo si se ha detectado por laboratorio**.** [↑](#footnote-ref-10)
11. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-11)
12. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-12)