**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto: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)