**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HIDATIDOSIS**

**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:**    /    /

**Fecha enfermedad previa:**    /    /

**Manifestación clínica** (marcar todas las opciones que correspondan):

[ ]  Quiste en médula ósea [ ]  Quiste encefálico [ ]  Quiste esplénico

[ ]  Quiste hepático [ ]  Quiste multiple [ ]  Quiste pulmonar

[ ]  Quiste renal [ ]  Quiste único [ ]  Otra

**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 diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5)** (marcar una de las siguientes *opciones)****:***

*[ ]  Echinococcus granulosus [ ]  Echinococcus multilocularis*

[ ]  *Echinococcus* otro especificado [ ]  *Echinococcus* spp

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

[ ]  Líquido quístico

[ ]  Muestra quirúrgica

[ ]  Suero

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

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Anticuerpo, detección

[ ]  Antígeno, detección [ ]  Visualización de parásito

[ ]  Visualización de lesiones [ ]  Visualización de quistes

**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: agua

[ ]  Medioambiental: animal

**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

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

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

**Animal sospechoso** (marcar la principal de las siguientes opciones)**:**

**[ ]**  Perro

[ ]  Zorro

[ ]  Otro animal

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

[ ]  Contacto con animal alimentado de forma insegura

[ ]  Contacto con animal infectado

[ ]  Contacto con animal sin desparasitar

[ ]  Contacto con cadáver de animal

**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

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso**

[ ]  Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio Sí [ ]  No [ ]

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

[ ]  Nuevo

[ ]  Recidiva

[ ]  Reinfección

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote:

 C. Autónoma de declaración del brote[[8]](#footnote-8):

**OBSERVACIONES [[9]](#footnote-9)**

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: 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, etc. [↑](#footnote-ref-6)
7. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el animal o alimento implicado ha sido el vehículo de la infección [↑](#footnote-ref-7)
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-8)
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-9)