**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEGIONELOSIS**

**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 Fecha   /    /

**Defunción:** Sí  No  Fecha   /    /     

**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)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Legionella* *anisa*  *Legionella bozemanii*  *Legionella brunensis*  *Legionella cincinnatiensis*  *Legionella dumofii* | *Legionella feeleii*  *Legionella jordanis*  *Legionella longbeachae*  *Legionella macaechernii*  *Legionella micdadei* | *Legionella penumophila*  *Legionella wadsworthii*  *Legionella,* otras especies  *Legionella* spp |

**Serogrupo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *L.* *pneumophila* serogrupo 1  *L.* *pneumophila* serogrupo 2  *L.* *pneumophila* serogrupo 3  *L. pneumophila* serogrupo 4  *L. pneumophila* serogrupo 5  *L.* *pneumophila* serogrupo 6 | *L.* *pneumophila* serogrupo 7  *L.* *pneumophila* serogrupo 8  *L.* pneumophila serogrupo 9  *L.* *pneumophila* serogrupo 10  *L.* *pneumophila s*erogrupo 11  *L.* *pneumophila* serogrupo 12 | *L.* *pneumophila* serogrupo 13  *L. pneumophila* serogrupo 14  *L. pneumophila* serogrupo 15  *L.* *pneumophila* serogrupo 16  Mixto |

**Subgrupo*:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Allentown (sg 1)  Allentown/France (sg1)  Bellingham (sg 1)  Benidorm (sg 1)  Cambridge (sg 5)  Camperdown (sg 1) | Dallas (sg 5)  France (sg 1)  Heysham (sg 1)  Knoxville (sg 1)  Los Angeles (sg 4)  OLDA (sg 1) | Oxford (sg 1)  Oxford/OLDA (sg 1)  Philadelphia (sg 1)  Portland (sg 4)  Otro |

**Genotipo:**

**Muestra** (marcar hasta dos muestras con resultado positivo):

Orina  Suero  Necropsia pulmonar

Secreciones respiratorias: esputo, lavado o broncoaspirado

Otra

**Prueba** (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

|  |  |
| --- | --- |
| Aislamiento  Detección antígeno  Seroconversión L. pneumophila serogrupo 1  Detección de ácido nucleico (PCR) | Título único alto  Seroconversión frente especie o serogrupo distinto de L. pneumophila serogrupo 1 |

**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**

**Principales ocupaciones de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

Agricultor

Trabaja como conductor

Trabaja en la construcción

Trabaja con agua o agua a presión (fontanero, instalador de aire acondicionado, etc.)

Trabaja en limpieza o mantenimiento

**Factores predisponentes personales:**

Diabetes  Enfermedad respiratoria crónica

Hemopatía o cáncer  Corticoterapia

Antecedente de fumador

**Antecedentes de estancia hospitalaria en los últimos 10 días**

Centro Hospitalario:

Localidad:

Servicio Hospitalario:       Habitación:

Fecha de ingreso:    /    /      Fecha de alta:    /    /

Estancia en UCI: Sí  No

Intervención quirúrgica: Sí  No

¿Empleó equipos de terapia respiratoria? Sí  No

¿Empleó humidificadores? Sí  No

¿Empleó el aire acondicionado? Sí  No

¿Empleó el baño y/o ducha de la habitación? Sí  No

**Domicilio 10 últimos días**

Tipo de vivienda: Piso  Altura :

Chalet:

Abastecimiento de agua: ¿Es de red? Sí  No

¿Existen depósitos? Sí  No

Sistema de Agua Caliente Sanitaria: Centralizada

Individual  Acumulador eléctrico

Caldera instantánea

¿Emplea la ducha? Sí  No

¿Recuerda que se haya producido en el último mes alguna avería? Sí  No Fecha:    /    /

¿Dispone de equipos de climatización? Sí  No

¿Emplea humidificadores? Sí  No

¿Dispone de riego? Sí  No

¿Ha empleado otra residencia? Sí  No

Domicilio de la residencia:

¿Otros vecinos han padecido neumonía? Sí  No

**Trabajo en los 10 últimos días**

Ocupación:       Teléfono:

Empresa:

Dirección:

Localidad:

Descripción del tipo de trabajo:

¿Realiza desplazamientos? Sí  No

Descripción del lugar de trabajo (Nave, oficina, edificio, jardines, etc.):

¿Disponen de climatización el lugar de trabajo? Sí  No

¿Conoce la existencia de torres de refrigeración, humidificadores, etc.? Sí  No

¿Se produce en la fabricación algún tipo de aerosolización? Sí  No

¿Conoce el abastecimiento de Agua? Red  Pozo  Otros

¿Conoce si disponen de depósitos? Sí  No

Agua Caliente Sanitaria: ¿Emplea la ducha? Sí  No

¿Recuerda que se haya producido en el último mes alguna avería?

Fecha:    /    /

¿Dispone de riego? Sí  No

¿Disponen de agua contra incendios? Sí  No

¿Dónde realiza las comidas y almuerzos?:

¿Otros empleados han estado de baja por neumonía? Sí  No

**Viajes los últimos 10 días**

Localidad

Fechas (periodo):

Hotel/Residencia:

¿Empleó la ducha? Sí  No Lugar:

¿Se expuso a ambientes climatizados? Sí  No Lugar:

Visitas a centros termales Sí  No Lugar:       Fecha:    /    /

**Ocio últimos 10 días**

Supermercados Sí  No Especificar:

Bancos Sí  No Especificar:

Cafeterías, bares Sí  No Especificar:

Aparcamiento Sí  No Especificar:

Parques Sí  No Especificar:

Otros Sí  No Especificar:

¿Ha paseado cerca de fuentes ornamentales? Sí  No Especificar:

¿Ha paseado cerca de obras, zanjas, etc., con movimiento de tierra

Sí  No Especificar:

¿Ha hecho trabajos de jardinería? Sí  No

¿Ha acudido a algún banquete, celebración, discotecas, bingo, etc Sí  No Especificar:

¿Ha acudido a algún Centro Comercial? Sí  No Especificar:

¿A gimnasios, polideportivos, piscinas, etc.? Sí  No Especificar:

¿Ha tomado algún baño de burbujas, jaccuzi, etc.? Sí  No Especificar:

¿Ha acudido o visitado algún centro sanitario, incluyendo visitas al dentista? Sí  No

Especificar:

¿Ha acudido a algún túnel de lavado?: Sí  No Especificar:

**Exposición principal**[[6]](#footnote-6)**:**

Baño con movimiento, Tto hidroterápico  Dental

Ducha  Torre de refrigeración y similares

Fuente ornamental  Nebulizador o humidificador

Jardinería  Otra

**Tipo de confirmación de la fuente de infección** (marcar una de las siguientes opciones):

Por evidencia epidemiológica

Por evidencia de laboratorio

Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Muestra ambiental positiva:**

Agua sanitaria  Agua sanitaria caliente

Agua sanitaria fría  Torre de refrigeración

Condensador evaporativo  Humidificador o nebulizador

Equipo terapia respiratória  Piscinas con movimiento

Aguas termales  Fuente ornamental

Agua en sillón dentista  Centro deportivo o recreativo, etc.

Agua túnel de lavado  Otra

**Resultado muestra ambiental igual al del caso** Sí No

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

Hogar

Hospital

Hotel y similares

Camping

Geriátrico  Otra institución cerrada

Instalación militar

Prisión o Custodia

Túnel de lavado

Otro ámbito

**Datos de viaje**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Viaje 1** | **Viaje 2** | **Viaje 3** | **Viaje 4** | **Viaje 5** |
| País |  |  |  |  |  |
| Autonomía |  |  |  |  |  |
| Provincia |  |  |  |  |  |
| Municipio |  |  |  |  |  |
| Tipo de alojamiento[[7]](#footnote-7) |  |  |  |  |  |
| Nombre alojamiento |  |  |  |  |  |
| Identificador del alojamiento |  |  |  |  |  |
| Número de habitación |  |  |  |  |  |
| Fecha de Entrada |  |  |  |  |  |
| Fecha de Salida |  |  |  |  |  |
| Fecha de Inspección |  |  |  |  |  |
| Inspección ambiental resultados[[8]](#footnote-8) |  |  |  |  |  |

**Empleo ducha:** Sí  No Lugar**:**

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

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

Confirmado[[10]](#footnote-10)

**Categoría diagnóstica**

Enfermedad del legionario

Fiebre de Pontiac

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Asociado:**

A cluster: Sí  No  Identificador del ECDC del cluster (ELDSNet):       (sólo viajes)

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[11]](#footnote-11):

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

**Medidas de control (marcar hasta cuatro elementos)**

Limpieza y desinfección de la instalación

Tratamiento térmico de la instalación

Cambios estructurales y arreglos en la instalación

Cierre del local o instalación de riesgo

No realizado

**Resultado de las medidas de control**

Medidas correctoras insuficientes

Medidas correctoras suficientes

**Fecha de inicio de las medidas de control**:    /    /     

Fichero adjunto: Sí  No

OTRAS OBSERVACIONES:

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: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Indicar la fuente de infección más probable de acuerdo con las evidencias epidemiológicas, microbiológicas o ambas. [↑](#footnote-ref-6)
7. Tipo de alojamiento: Apartamento, Balneario, Camping, Crucero, Hotel, Privado, Pensión, Otro especificado. [↑](#footnote-ref-7)
8. Inspección ambiental resultados: Deficiencias instalación agua sanitaria, Deficiencias instalación spa, No inspección-Alojamiento cerrado, Sin deficiencias. [↑](#footnote-ref-8)
9. Persona que cumple el criterios clínico y, al menos, un resultado positivo en las pruebas de laboratorio que definen caso probable o si tienen una relación epidemiológica, especialmente cuando el caso se estudie en el contexto de un brote. [↑](#footnote-ref-9)
10. Compatible con la definición clínica de caso y con al menos un resultado positivo en alguna de las pruebas de laboratorio consideradas de confirmación. [↑](#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)