**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPRA**

**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:**    /    /

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

Lepra multibacilar

Lepra paucibacilar

**Tratamiento previo** (marcar una opción)**:**

OMS-Multiterapia  OTRA-Multiterapia

Monoterapia  Sin Tratamiento

**Tratamiento actual** (marcar una opción)**:**

OMS-Multiterapia  OTRA-Multiterapia

Monoterapia  Sin Tratamiento

**Fecha de inicio de tratamiento actual:**    /    /

**Fecha de fin de tratamiento actual:**    /    /

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No

**Lesiones**: Sí  No

**Tipo de lesiones** (marcar hasta 8 de las siguientes opciones)**:**

Cabeza  Mano Drcha  Mano Izda

Ojo Drcho.  Ojo Izdo.  Pie Drcho.

Pie Izdo.  Otro

**Grado máximo de discapacidad** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Discapacidad grado 1[[3]](#footnote-3)

discapacidad grado 2[[4]](#footnote-4)

**Defunción:** Sí  No

**Lugar del caso**[[5]](#footnote-5)**:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Importado**[[6]](#footnote-6)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[7]](#footnote-7):**  *Mycobacterium leprae*

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

Biopsia cutánea  Lesión cutánea

**Prueba** (marcar la principal con resultado positivo):

Ácido Nucleico, detección  Visualización

**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)**:**

Atiende a personas enfermas  Trabajador sanitario

Trabajador de escuela/guardería  Trabajador de laboratorio

Trabajador de prisión/custodia  Trabajador del sexo

**Infección /Enfermedad concurrente:**

Inmunodeficiencia

**Exposición**:

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

Estancia de larga duración en país de alta endemia

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

Escuela  Hogar

Hospital  Instalación sanitaria (excepto hospital)

Geriátrico  Institución para deficientes psíquicos

Prisión o Custodia  Otra institución cerrada

Laboratorio  Vagabundo

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Sospechoso  Probable  Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Estado del caso**

Activo  Vigilancia  Discapacitado [[8]](#footnote-8)  Baja

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

Nuevo [[9]](#footnote-9)  Conviviente [[10]](#footnote-10)

Recidiva Traslado

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

Curación  Pérdida del caso

Traslado  Otro

**Fecha de baja:**    /    /

**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 diagnóstico. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de, al menos, una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Para manos y pies: Anestesia sin deformidad o lesión visible. Para ojos: problemas oculares, pero sin afección visual como resultado (visión 6/60 o mejor; el enfermo puede contar dedos a 6 m.). Los problemas oculares producidos por la lepra son anestesia corneal, lagoftalmos e iridociclitis [↑](#footnote-ref-3)
4. Para manos y pies: Deformidad o lesión visible (lesión significa ulceración, acortamiento, desorganización, rigidez y pérdida de la totalidad o parte de la mano o el pie). Para ojos: grave defecto visual (visión peor 6/60; incapacidad para contar dedos a 6 m). [↑](#footnote-ref-4)
5. 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-5)
6. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-6)
7. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-7)
8. Casos discapacitados: Los que no necesitan vigilancia pero sí atención o asistencia, debido a sus incapacidades. [↑](#footnote-ref-8)
9. Caso nuevo activo no asociado a otro caso conocido de lepra [↑](#footnote-ref-9)
10. Nuevo caso activo asociado a otro caso de lepra [↑](#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)