**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS**

**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:**    /    /

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

[ ]  Cefalea [ ]  Conjuntivitis [ ]  Erupción cutánea

[ ]  Escalofríos [ ]  Fallo renal [ ]  Fiebre

[ ]  Hemoptisis y síntomas respiratorios [ ]  Hemorragias [ ]  Ictericia

[ ]  Meningitis [ ]  Mialgia [ ]  Miocarditis

**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)**:**

[ ]  *Leptospira interrogans*

[ ]  *Leptospira* spp

[ ]  *Leptospira*, otras especies

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

[ ]  LCR [ ]  Líquido peritoneal

[ ]  Orina [ ]  Sangre

**Prueba** (marcar la prueba positiva en la muestra principal)**:**

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Aislamiento

[ ]  Anticuerpo, seroconversión [ ]  Anticuerpo, IgM

[ ]  Inmunofluorescencia

**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

[ ]  Medioambiental: suelo [ ]  Trabajador de la construcción

[ ]  Trabajador de laboratorio [ ]  Trabajador en barco

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

[ ]  Aerosol

[ ]  Aire (excepto aerosoles)

[ ]  Aguas recreativas[[6]](#footnote-6)

[ ]  Lesión ocupacional

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

[ ]  Otra exposición ambiental[[7]](#footnote-7)

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

[ ]  Animal de caza mayor [ ]  Animal de caza menor [ ]  De granja

[ ]  Gato [ ]  Mascota Exótica [ ]  Mascota, otra

[ ]  Mono [ ]  Murciélago [ ]  Otro animal

[ ]  Otro Salvaje libre [ ]  Perro [ ]  Roedor

[ ]  Salvaje cautivo [ ]  Zorro

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

[ ]  Aguas costeras [ ]  Alcantarillado [ ]  Boscoso

[ ]  Fosa séptica [ ]  Fuente [ ]  Humedal

[ ]  Inundación [ ]  Lago [ ]  Pozo

[ ]  Rio [ ]  Rural [ ]  Selvatico

[ ]  Terreno encharcado [ ]  Urbano

**Datos de viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación:** Sí [ ]  No [ ]

**Lugar del viaje:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Fecha de ida**:    /    /      **Fecha de vuelta**:    /    /

**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[[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 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. Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contracto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar. [↑](#footnote-ref-6)
7. Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos… [↑](#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)