**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LISTERIOSIS**

**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:**    /    /

**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):** [ ]  *Listeria monocytogenes*

**Serotipo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  1/2a [ ]  3a [ ]  4a [ ]  7

[ ]  1/2b [ ]  3b [ ]  4ab

[ ]  1/2c [ ]  3c [ ]  4b

[ ]  4c

[ ]  4d

[ ]  4e

**Serogrupo por PCR:**

[ ]  Grupo 1 por PCR (serovariedades 1/2a, 3a)

[ ]  Grupo 2 por PCR (serovariedades 1/2c, 3c)

[ ]  Grupo 3 por PCR (serovariedades 1/2b, 3b, 7)

[ ]  Grupo 4 por PCR (serovariedades 4b, 4d, 4e)

[ ]  Otro

**Muestra** (marcar las que tengan resultado positivo):

[ ]  Exudado conjuntival [ ]  Exudado nasofaríngeo

[ ]  LCR [ ]  Muestra normalmente estéril, sin especificar

[ ]  Sangre [ ]  Muestras no estériles, sin especificar

**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:

**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

**Factor predisponente personal** (marcar las que correspondan):

[ ]  Embarazo [ ]  Recién nacido

[ ]  Inmunodeficiencia [ ]  Otro especificado

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

[ ]  Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)

[ ]  Persona a Persona: Madre-Hijo

[ ]  Asociada a cuidados sanitarios

**Alimento sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Carne y productos cárnicos, sin especificar [ ]  Fruta

[ ]  Huevo y derivados [ ]  Leche y lácteos, sin especificar

[ ]  Mariscos, crustáceos, moluscos y productos [ ]  Miel

[ ]  Mixtos o buffet [ ]  Pescados y productos de pescado

[ ]  Queso [ ]  Repostería

[ ]  Vegetales [ ]  Otros alimentos, excluyendo agua

**Tipo de comercialización del alimento:**

[ ]  No comercializado

[ ]  Venta de alimento artesanal

[ ]  Venta de alimento industrial

**Tipo de confirmación del alimento[[6]](#footnote-6)** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Por evidencia epidemiológica

[ ]  Por evidencia de laboratorio

[ ]  Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Alimento, agente causal**[[7]](#footnote-7)**:** [ ]  *Listeria monocytogenes*

**Alimento, serotipo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  1/2 [ ]  1/2a

[ ]  1/2b [ ]  1/2c

[ ]  1/4 [ ]  4

[ ]  4b [ ]  Otro serotipo *Listeria monocytogenes*

**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 | * **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 |
| * **Familiar**

[ ]  Hogar[ ]  Camping  |

**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 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. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección [↑](#footnote-ref-6)
7. Alimento,agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento**.** [↑](#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)