**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PESTE**

**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 una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Peste bubónica [ ]  Peste faríngea [ ]  Peste neumónica [ ]  Peste septicémica

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

**Fecha de ingreso hospitalario:**    /    /      **Fecha de alta hospitalaria:**    /    /

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  **Fecha de defunción:**    /    /

**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):** [ ]  *Yersinia pestis*

**Prueba** (marcar las pruebas con resultado positivo)**:**

[ ]  Ácido Nucleico, detección

[ ]  Aislamiento

[ ]  Anticuerpo, seroconversión

**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 [ ]  Manipulador de animales

[ ]  Medioambiental: animal [ ]  Medioambiental: suelo

[ ]  Trabajador de laboratorio [ ]  Trabajador de limpieza

[ ]  Trabajador del sexo [ ]  Trabajador en barco

[ ]  Trabajador sanitario

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

[ ]  Aire (excepto aerosoles)

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

[ ]  Persona a persona: Con persona de país de alta prevalencia

[ ]  Lesión ocupacional

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

[ ]  Contacto con vector/vehículo de transmisión

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

[ ]  Animal de caza mayor [ ]  Animal de caza menor [ ]  Gato

[ ]  Murciélago [ ]  Otro animal [ ]  Otro Salvaje libre

[ ]  Perro [ ]  Pulga [ ]  Roedor

[ ]  Salvaje cautivo [ ]  Zorro

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

[ ]  Aguas costeras [ ]  Boscoso [ ]  Rural [ ]  Selvático [ ]  Urbano

**Datos de viaje:**

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

**Lugar del viaje: País:**

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

**Motivo de estancia en país endémico** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Inmigrante recién llegado [ ]  Trabajador temporal

[ ]  Turismo [ ]  Visita familiar

[ ]  Otro

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado** **con alguna dosis**: Sí [ ]  No [ ]

**Número de dosis:**

**Fecha de última dosis recibida:**    /    /

**Presenta documento de vacunación** Sí [ ]  No [ ]

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

**OBSERVACIONES**

Investigación de contactos: Sí [ ]  No [ ]

Otras observaciones**[[7]](#footnote-7)**:

**Fichero: Sí [ ]  No [ ]**

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. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote. [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta. [↑](#footnote-ref-7)