**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SALMONELOSIS (EXCLUYE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA)**

**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

**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)**:**

*Salmonella enterica* - no typhi/paratyphi

*Salmonella* spp

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

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

Subespecie I (enterica)  Subespecie II (salamae)

Subespecie IIIa (arizonae)  Subespecie IIIb (diarizonae)

Subespecie IV (houtenae)  Subespecie VI (indica)

**Grupo Somático[[7]](#footnote-7)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Biopsia intestinal  Heces  LCR

Líquido articular  Líquido peritoneal

Orina  Pus  Sangre

**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:

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

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: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico. [↑](#footnote-ref-5)
6. Serotipo: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-6)
7. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico. [↑](#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)