**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS**

**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:**

**Ocupación****:**       **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo****:**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

|  |  |
| --- | --- |
| **Localización fundamental** (marcar una opción)**:**[ ]  Digestiva[ ]  Diseminada[ ]  Genitourinaria[ ]  Linfática extratorácica[ ]  Linfática intratorácica[ ]  Pleural[ ]  Pulmonar[ ]  Osteoarticular[ ]  Meninges[ ]  Otra del SNC[ ]  Otras localizaciones | **Localización adicional** (marcar una opción)**:**[ ]  Digestiva[ ]  Diseminada[ ]  Genitourinaria[ ]  Linfática extratorácica[ ]  Linfática intratorácica[ ]  Pleural[ ]  Osteoarticular[ ]  Meninges[ ]  Otra del SNC[ ]  Otras localizaciones |

**Tratamiento previo:** Sí [ ]  No [ ]

**Tratamiento directamente observado** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  No procede tratamiento directamente observado

[ ]  Sin tratamiento directamente observado

[ ]  Tratamiento directamente observado

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

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

**Seguimiento del tratamiento:** Meses a los que se ha finalizado el seguimiento(sólo una opción):

[ ]  A los 12 meses desde su inicio

[ ]  Entre 13-24 meses desde su inicio

[ ]  Entre 25-36 meses desde su inicio

**Resultados de tratamiento** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Abandono tratamiento [ ]  Curación

[ ]  Defunción [ ]  Defunción por otra causa

[ ]  Fracaso terapéutico [ ]  Pérdida del caso

[ ]  Traslado [ ]  Tratamiento completo

[ ]  Tratamiento prolongado [ ]  Otro

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

**Defunción po TB:** Sí [ ]  No [ ]

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

*[ ]  Mycobacterium africanum*

*[ ]  Mycobacterium bovis*

[ ]  *Mycobacterium caprae*

[ ]  *Mycobacterium tuberculosis*

[ ]  *Mycobacterium tuberculosis*, complejo

[ ]  *Mycobacterium*, otras especies del complejo

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

[ ]  Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial

[ ]  Biopsia pulmonar: bronquial, transbronquial, pulmonar, pleural y otras

[ ]  Biopsia sin especificar

[ ]  Biopsia linfática

[ ]  Esputo

[ ]  Exudado nasofaríngeo

[ ]  Heces

[ ]  LCR

[ ]  Lesión cutánea

[ ]  Líquido pleural

[ ]  Orina

[ ]  Sangre

**Resultados de Aislamiento:** Positivo [ ]  Negativo [ ]  No realizado[ ]

**Resultados de Visualización:** Positivo [ ]  Negativo [ ]  No realizado[ ]

**Otras pruebas con resultado positivo** (marcar todas las pruebas con resultado positivo):

[ ]  Ácido Nucleico, detección

[ ]  Granulomas, presencia histológica

**Resultados de VIH:** Positivo [ ]  Negativo [ ]  No realizado[ ]

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí [ ]  No[ ]

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana:** Sí [ ]  No [ ]

 **Sensible Intermedio Resistente**

Amikacina **[ ]  [ ]  [ ]**

Capreomicina **[ ]  [ ]  [ ]**

Ciprofloxacino **[ ]  [ ]  [ ]**

Etambutol **[ ]  [ ]  [ ]**

Etionamida **[ ]  [ ]  [ ]**

Gatifloxacin **[ ]  [ ]  [ ]**

Isoniazida **[ ]  [ ]  [ ]**

Kanamicina **[ ]  [ ]  [ ]**

Levofloxacin **[ ]  [ ]  [ ]**

Moxifloxacin **[ ]  [ ]  [ ]**

Ofloxacina **[ ]  [ ]  [ ]**

Pirazinamida **[ ]  [ ]  [ ]**

Rifampicina **[ ]  [ ]  [ ]**

Estreptomicina **[ ]  [ ]  [ ]**

**DATOS DEL RIESGO**

**Factores predisponentes personales** (marcar las que correspondan)**:**

**[ ]** Alcoholismo

**[ ]** Usuario de drogas inyectadas

**[ ]** Otro especificado

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

**[ ]** Geriátrico

**[ ]** Institución para deficientes psíquicos

**[ ]** Otra institución cerrada

**[ ]** Prisión o Custodia

**[ ]** Vagabundo

**Datos de la MADRE** (**en menores de 15 años):**

**País de nacimiento:**       **Año de llegada a España:**

**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 de laboratorio Sí [ ]  No [ ]

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Tuberculosis respiratoria

[ ]  Tuberculosis, meningitis

[ ]  Tuberculosis, otras

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote:

 C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6):

**OBSERVACIONES[[7]](#footnote-7)**:

Investigación de contactos: 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)