

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido1:	_____	Apellido2:	_____			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	____	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Otros, especificar:	_____	Año de llegada a España:	_____			
Nacionalidad:	_____	Teléfono 1:	_____	Teléfono 2:	_____			
Domicilio:	_____	Nº:	____	Piso:	____			
Municipio:	_____	Código postal:	____	Distrito:	_____	Zona Básica:	_____	
Provincia:	_____	Comunidad Autónoma:	_____	País:	_____			

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas:	_____	Fecha de diagnóstico clínico:	_____				
Clasificación del caso:	<input type="checkbox"/> Sospechoso	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico				
	<input type="checkbox"/> Probable		<input type="checkbox"/> Laboratorio				
	<input type="checkbox"/> Confirmado		<input type="checkbox"/> Epidemiológico				
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):							
<input type="checkbox"/> Sí ⇨	Hospital:	_____	Servicio _____				
	Nº historia clínica :	_____					
<input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso:	_____	Fecha de alta: _____				
Evolución:	<input type="checkbox"/> Curación						
	<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas:	_____					
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento:	_____					
Situaciones de interés epidemiológico:							
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigente	<input type="checkbox"/> Trabajador de centro sanitario	<input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)					
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia:	_____						
<input type="checkbox"/> Otras, especificar:	_____						
Colectivo de interés:	_____						
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):							
<input type="checkbox"/> Sí, especificar:	_____						
<input type="checkbox"/> No							
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):							
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio							
<input type="checkbox"/> Diferente del domicilio							
Lugar:	_____						
Dirección:	_____	Nº:	____	Piso:	____		
Municipio:	_____	Código postal:	____	Distrito:	_____	Zona Básica:	_____
Provincia:	_____	Comunidad Autónoma:	_____	País:	_____		

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre:	_____				
Centro de Trabajo:	_____				
Municipio:	_____	Teléfono:	_____	Fecha de declaración:	_____

Lugar de adquisición: _____
Fecha de adquisición: _____

No comercializado/casero
 Origen desconocido

Fecha de consumo del alimento: _____ Hora de consumo del alimento: _____

Tipo de confirmación del vehículo (marcar una de las siguientes opciones):

No confirmado/sospechoso Por evidencia epidemiológica
 Por evidencia de laboratorio Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Agente causal confirmado en el alimento: Sí No NS/NC

Agente causal en alimento:

C. botulinum *C. baratti* *C. butyricum*

Toxina botulínica en el alimento: A B E F

Ámbito de exposición, especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:

Domicilio u otro lugar entre particulares Centro escolar
 Residencia Restaurantes, bares y similares
 Otro comedor colectivo Otro ámbito
 Lugar desconocido o sin definir

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje: Municipio: _____ Provincia: _____
País: _____
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

OBSERVACIONES

Empty box for observations.