

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BRUCELOSIS

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"/> Probable	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico				
	<input type="checkbox"/> Confirmado		<input type="checkbox"/> Laboratorio				
			<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:	_____	Área:	_____				
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:	_____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de anticuerpo	_____	_____	_____	_____
Anticuerpo, seroconversión	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

Agente causal:

Brucella abortus *Brucella melitensis* *Brucella suis*

Brucella spp. *Brucella*, otras especies, especificar: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE BRUCELOSIS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	SÍ	NO	NS/NC		SÍ	NO	NS/NC
Fiebre Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____			

Tipo de caso: Nuevo
 Recidiva (si hay antecedentes de brucelosis dentro del año anterior)
 Reinfeción (si hay antecedentes de brucelosis previos al año anterior)

Fecha de brucelosis anterior: _____

Clasificación del caso según el origen:
 Alimentario Profesional Otro origen
Especificar clasificación según el origen: _____

OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:
 Manipulador de alimentos Manipulador de animales Medioambiental
 Trabajador de laboratorio

EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):
 Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)*
 Contacto con animal, tejidos de animales o derivados**
 Lesión ocupacional
 Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...), especificar: _____

***EXPOSICIÓN ALIMENTARIA:**
(Toda la información de este apartado se refiere al consumo en los 6 meses anteriores al inicio de los síntomas)

Consumo de lácteos en los 6 meses anteriores: Sí (continuar con la pregunta "Consumo de leche")
 No (pasar al apartado "Consumo de otros alimentos")

CONSUMO DE LECHE: Sí No (pasar a la pregunta "Consumo de queso")

Tratamiento de la leche: Pasteurizada o UHT Hervida Cruda

Animal de procedencia de la leche: Vaca Cabra Oveja

Tipo de comercialización de la leche: Industrial comercializada Artesanal comercializada
 No comercializada De origen desconocido

Marca de la leche: _____ **Datos del fabricante:** _____

Fecha de adquisición: _____ **Lugar de adquisición:** _____

CONSUMO DE QUESO: Sí No (pasar a la pregunta "Consumo de otros derivados lácteos")

Tratamiento de la leche usada para la elaboración del queso: Pasteurizada o UHT Hervida Cruda

Animal de procedencia del queso: Vaca Cabra Oveja

Tipo de comercialización del queso: Industrial comercializado Artesanal comercializado
 No comercializado De origen desconocido

Marca del queso: _____ **Datos del fabricante:** _____

Fecha de adquisición: _____ **Lugar de adquisición:** _____

CONSUMO DE OTROS ALIMENTOS: Sí No (pasar a la pregunta "Resumen de la exposición al pri...")

Especificar el producto: _____

Más detalles del producto:

Tipo de comercialización del producto: Industrial comercializado Artesanal comercializado
 No comercializado De origen desconocido

Marca del producto: _____ Datos del fabricante: _____

Fecha de adquisición: _____ Lugar de adquisición: _____

RESUMEN DE LA EXPOSICIÓN AL PRINCIPAL ALIMENTO SOSPECHOSO:

Tipo de comercialización del alimento: Industrial comercializado Artesanal comercializado
 No comercializado De origen desconocido

Fecha de consumo del alimento: _____

Lugar de consumo: Domicilio Restaurante Otro

Tipo de confirmación de la fuente de infección/vehículo: ⁽⁵⁾

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

Agente causal en la fuente de infección/vehículo:

Brucella abortus *Brucella canis* *Brucella melitensis*
 Brucella suis *Brucella*, otras especies *Brucella* spp.

EXPOSICIÓN ANIMAL:

(Toda la información de este apartado se refiere a la exposición en los 6 meses anteriores al inicio de los síntomas)

Tipo de contacto: Animal vivo Limpieza de establos Placentas, fetos, etc.
 Canales, sangre, vísceras Leche Contacto vacunal
 Otro tipo de contacto, especificar: _____

Frecuencia del contacto: Esporádico Habitual

Contacto laboral: Sí No NS/NC

Tipo de animal: Ovino Caprino Bovino
 Porcino Canino Equino

Tipo de animal sospechoso: De granja Otro animal, especificar: _____

Contacto con el animal en la Comunidad de Madrid: Sí No NS/NC

Lugar de contacto: Dirección: _____

Municipio: _____ Comunidad Autónoma: _____

INVESTIGACIÓN AMBIENTAL:

Investigación ambiental realizada: Sí No NS/NC

Si se ha realizado investigación ambiental, recoger el resultado de la misma:

OBSERVACIONES