

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido1: _____ Apellido2: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Meses Años

País de nacimiento: España

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: Confirmado Criterios de clasificación: Clínico
 Laboratorio
 Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):
 Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio _____
 Nº historia clínica : _____

No Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Evolución: Curación
 Secuelas, especificar secuelas: _____
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Situaciones de interés epidemiológico:
 Albergue/Indigente Trabajador de centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
 Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
 Sí, especificar: _____
 No

Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
 Coincide con el domicilio
 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
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
PCR	_____	_____	_____	_____

*Muestras de elección: biopsia intestinal, heces, LCR, líquido articular, líquido peritoneal, orina, sangre.

Agente causal:

Campylobacter coli
 Campylobacter lari
 Campylobacter jejuni
 Campylobacter upsaliensis
 Campylobacter fetus
 Campylobacter spp
 Campylobacter; otra especie

Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana: Sí No

	Sensible	Intermedio	Resistente
Amoxicilina/Clavulánico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ácido Nalidíxico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES