

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS

### 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"/> Confirmado	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Epidemiológico
<b>Ingreso hospitalario</b> (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: _____	
<b>Evolución:</b> <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas: _____ <input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____	
<b>Situaciones de interés epidemiológico:</b> <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: _____	
<b>Asociado a otro caso o brote</b> (detallar la información sobre el caso o brote asociado): <input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No	
<b>Ubicación del riesgo</b> (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
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