

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CARBUNCO

#### 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:	_____
Clasificación del caso:	<input type="checkbox"/> Confirmado	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico
			<input type="checkbox"/> Laboratorio
Caso importado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<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: _____		
	Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____		
	<input type="checkbox"/> No		
Evolución:	<input type="checkbox"/> Curación		
	<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas:	_____	
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento:	_____	
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		

#### DATOS DEL NOTIFICADOR

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

#### DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio:	_____	_____
Agente causal <sup>1</sup> :	<input type="checkbox"/> <i>Bacillus anthracis</i>	
Prueba (marcar la principal de las siguientes opciones):	<input type="checkbox"/> Ácido Nucleico, detección	
	<input type="checkbox"/> Aislamiento	
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Identificador de muestra del declarante al LNR:	_____	
Identificador de muestra en el LNR:	_____	

<sup>1</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

#### DATOS DEL RIESGO

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

- Ganadero
- Veterinario
- Taxidermista
- Trabajador de matadero
- Trabajador del cuero o animales de piel utilizable
- Manipulador de animales sin especificar
- Medioambiental: suelo (Agricultores, etc.)
- Trabajador de laboratorio
- Otra ocupación

**Exposición** (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Aerosol
- Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
- Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)
- Ocupacional
- Uso de drogas vía parenteral (UDVP)
- Otra exposición

**Animal sospechoso** (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Animal de caza mayor     Animal de caza menor
- Caballo     De granja
- Otro animal     Otro Salvaje libre
- Salvaje cautivo

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

- Cutáneo
- Gastrointestinal
- Pulmonar (por inhalación)

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** <sup>3</sup>

<sup>2</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>3</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta