



DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de trabajo: _____
Municipio: _____ Tfno.: _____
Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Meses Años
País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Fecha de llegada: ____/____/____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
Hospitalizado¹: Sí No
Defunción: Sí No
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____/____/____
Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____
Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):
 Salmonella enterica Paratyphi
 Salmonella enterica Typhi
Serotipo⁵ (marcar una de las siguientes opciones):
 Paratyphi Paratyphi A Paratyphi B
 Paratyphi C Typhi
Muestra (marcar las muestras en las que el resultado sea positivo):
 Biopsia intestinal Heces
 LCR Líquido articular
 Líquido peritoneal Orina
 Sangre
Prueba:
 Aislamiento
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____
Identificador de muestra en el LNR: _____
Grupo Somático⁶: _____

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

⁵ Serotipo: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

DATOS DEL RIESGO

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

- Manipulador de alimentos
- Atiende a personas enfermas
- Trabajador sanitario
- Trabajador de escuela/guardería
- Trabajador de laboratorio

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
- Consumo de Agua de bebida
- Aguas recreativas⁷
- Persona a Persona: contacto con un enfermo o infectado (portador)
- Persona a Persona: durante las prácticas sexuales

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua
- Fruta
- Leche y lácteos de cabra
- Leche y lácteos de oveja
- Leche y lácteos sin especificar
- Leche y lácteos de vaca
- Mariscos, crustáceos, moluscos y sus productos
- Otros alimentos, excluyendo agua
- Vegetales

Alimento más detalles (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua embotellada
- Agua. Abastecimiento común
- Agua. Fuentes/etc. (no abastecimiento)
- Agua. Abastecimiento individual

Tipo de comercialización del alimento:

- No comercializado
- Venta de alimento artesanal
- Venta de alimento industrial

Tipo de confirmación del vehículo⁸ (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica
- Por evidencia de laboratorio
- Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Vehículo, agente causal⁹ (marcar una de las siguientes opciones):

- Salmonella enterica* Paratyphi
- Salmonella enterica* Typhi

Vehículo, serotipo (marcar una de las siguientes opciones):

- Paratyphi
- Paratyphi A
- Paratyphi B
- Paratyphi C
- Typhi

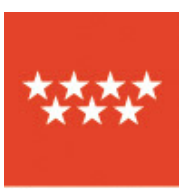
Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

⁶ Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.

⁷ Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.

⁸ Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la identificación del vehículo de la infección

⁹ Agente causal: Rellenar sólo si se ha detectado por laboratorio.



- **Transporte**
 - Autobús
 - Avión
 - Barco
 - Tren
 - Transporte sin especificar
- **Comedor colectivo**
 - Escuela Infantil
 - Escuela
 - Instalación docente > 18 años
 - Hotel
 - Restaurante/Bar
 - Otro comedor colectivo
- **Familiar**
 - Hogar
 - Camping
- **Instituciones cerradas**
 - Geriátrico
 - Prisión o Custodia
 - Hospital
 - Instalación sanitaria (excepto hospital)
 - Institución para deficientes psíquicos
 - Otra institución cerrada
- **Otros ámbitos**
 - Granja
 - Instalación militar
 - Zona específica
 - Campamento
 - Laboratorio
 - Otro ámbito, sin especificar

Datos del viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: ___/___/___ Fecha de vuelta: ___/___/___

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí No

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: ___-___-___

Presenta documento de vacunación Sí No

Tipo de vacuna (marcar una de las siguientes opciones):

- Atenuada
- Inactivada

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable
- Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote¹⁰: _____

OBSERVACIONES¹¹

¹⁰ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹¹ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta