

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: *Giardia lamblia* (duodenalis o intestinalis)
Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):
 Biopsia intestinal
 Heces
 Líquido duodenal
Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):
 Ácido Nucleico, detección
 Antígeno, detección
 Visualización
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____
Identificador de muestra en el LNR: _____

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: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Criterio epidemiológico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Criterio de laboratorio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁵: _____

OBSERVACIONES⁶

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁶ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta