



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: ____/____/____
Fecha enfermedad previa: ____/____/____
Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):
 Quiste en médula ósea Quiste encefálico Quiste esplénico
 Quiste hepático Quiste múltiple Quiste pulmonar
 Quiste renal Quiste único Otra
Hospitalizado¹: Sí No
Defunción: Sí No
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____
Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):
 Echinococcus granulosus *Echinococcus multilocularis*
 Echinococcus otro especificado *Echinococcus* spp
Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):
 Líquido quístico
 Muestra quirúrgica
 Suero
Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):
 Ácido Nucleico, detección Anticuerpo, detección
 Antígeno, detección Visualización de parásito
 Visualización de lesiones Visualización de quistes
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.

DATOS DEL RIESGO

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

- Manipulador de alimentos
- Manipulador de animales
- Medioambiental: agua
- Medioambiental: animal

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
- Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
- Otra exposición ambiental⁵

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

- Perro
- Zorro
- Otro animal

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

- Contacto con animal alimentado de forma insegura
- Contacto con animal infectado
- Contacto con animal sin desparasitar
- Contacto con cadáver de animal

Tipo de confirmación del vehículo⁶ (marcar una de las siguientes opciones):

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

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso

- 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"/> |

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

- Nuevo
- Recidiva
- Reinfeción

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁷: _____

OBSERVACIONES⁸

⁵ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.

⁶ Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el animal o alimento implicado ha sido el vehículo de la infección

⁷ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁸ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta