

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEGIONELOSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Meses ☐ Años

País de nacimiento: ☐ España
☐ 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: ☐ Probable ☐ Confirmado Criterios de clasificación: ☐ Clínico ☐ Laboratorio ☐ Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ Sí ⇨ Hospital: _____ Servicio: _____
☐ No Nº historia clínica: _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Evolución: ☐ Curación
☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Situaciones de interés epidemiológico:
☐ Albergue/Indigente ☐ Trabajador de centro sanitario ☐ Residencia (mayores, menores,...)
☐ Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
☐ Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
☐ Sí, especificar: _____
☐ No

Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
☐ Coincide con el domicilio
☐ 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: _____

Manifestaciones clínicas:
☐ Fiebre ☐ Disnea ☐ Neumonía ☐ Diarrea/Vómitos ☐ Confusión

☐ Otras: _____

Patología asociada:
☐ Fumador/Exfumador ☐ Enf. Respiratoria ☐ Enf. metabólica (incl. diabetes)

☐ Inmunosupresión ☐ Otros: _____

Presentación clínica:
☐ Enfermedad del legionario (Neumonía) ☐ Fiebre de Pontiac

DATOS DE LABORATORIO

	Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Título	Fecha toma de muestra
☐	Aislamiento				
☐	Detección de antígeno				
☐	Seroconversión L pneumophila SG1				
☐	Detección de ácido nucleico (PCR)				
☐	Título único alto (≥ 256)				
☐	Seroconversión frente a especie o serogrupo distinto a L. pneumophila SG1				

Agente causal:
☐ Legionella pneumophila ☐ Legionella spp ☐ Legionella, otras especies _____

Más detalles (serogrupo, subgrupo, genotipo): _____

*Muestras: Orina, suero, necropsia de pulmón, secreciones respiratorias: esputo, lavado o bronco-aspirado, otro

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (CNM):** ☐ Sí ☐ No

Identificador de muestra del declarante al CNM: _____

Identificador de muestra en el CNM: _____

***Si se obtienen muestras respiratorias, especialmente ante casos asociados a viajes, agregaciones de casos y brotes, es recomendable sean remitidas al Centro Nacional de Microbiología(CNM), como centro de referencia. Esto permitirá identificar el agente causal y mediante métodos de tipificación genética, ayudará a establecer la relación epidemiológica entre los casos y las instalaciones.*

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL EN LOS 10 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS
DATOS DE DOMICILIO HABITUAL
☐ Coincide con datos de filiación ☐ Coincide con colectivo

☐ Otro domicilio (especificar): _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____ Código postal: _____

Provincia: _____ Municipio: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____

Tipo de vivienda: ☐ Edificio ☐ Unifamiliar ☐ Otros: _____

Posibles riesgos identificados en domicilio

- ☐ Torres de refrigeración y condensadores evaporativos cercanos
- ☐ Ducha
- ☐ Sistema sanitario común de agua en edificio o depósitos de agua
- ☐ Averías con interrupción de suministro de agua caliente
- ☐ Obras con movimiento de tierra o manipulación de tuberías en el inmueble
- ☐ Obras con movimiento de tierra o manipulación de tuberías en inmediaciones del inmueble
- ☐ Piscina
- ☐ Equipos de enfriamiento evaporativos
- ☐ Concentrador de oxigenoterapia con depósito de agua
- ☐ Concentrador de oxígeno para aerosolterapia
- ☐ Humidificador doméstico
- ☐ Sistemas de riego
- ☐ Otros: _____

DATOS DE OCUPACIÓN/ENTORNO LABORAL EN LOS 10 DÍAS PREVIOS

Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____

Código postal: _____ Provincia: _____ Municipio: _____

Días en los que ha asistido (dentro de los 10 días previos): de: _____ a: _____

Indique si su trabajo está relacionado con alguna de las siguientes actividades de riesgo:

- ☐ Agricultor / Jardinero
- ☐ Trabaja en la construcción
- ☐ Trabaja con agua o agua a presión (fontanero, instalador de aire acondicionado, etc.)
- ☐ Trabaja como conductor
- ☐ Trabaja en limpieza o mantenimiento

Posibles riesgos identificados en entorno laboral

- ☐ Torres de refrigeración y condensadores evaporativos
- ☐ Ducha
- ☐ Averías con interrupción de suministro de agua caliente
- ☐ Obras con movimiento de tierra o manipulación de tuberías en el inmueble
- ☐ Obras con movimiento de tierra o manipulación de tuberías en inmediaciones del inmueble
- ☐ Equipos de enfriamiento evaporativos
- ☐ Sistemas de riego
- ☐ Otros: _____

ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS 10 DÍAS PREVIOS: Si ☐ No ☐ Desconocido ☐

Hospitalización previa: Fecha de ingreso _____ Fecha de alta _____

Hospital: _____ Servicio: _____ Nº de habitación: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____

- ☐ Iniciadas medidas de estudio ambiental en el centro
- ☐ Se obtienen resultados concluyentes de estudio ambiental en el centro: (requiere información específica)

ANTECEDENTES DE VIAJES EN LOS 10 DÍAS PREVIOS: Si ☐ No ☐ Desconocido ☐

Lugar de destino:

- ☐ Comunidad de Madrid
- ☐ Fuera de la Comunidad de Madrid
- ☐ Desconocido

Fechas de viaje:

inicio del viaje* _____ finalización del viaje* _____

*Las fechas de inicio y finalización del viaje tienen como referencia el momento de salida y llegada al domicilio habitual.

-Alojamiento 1 Fecha Entrada _____ Fecha Salida _____

☐ Hotel ☐ Balneario ☐ Apartamento ☐ Camping ☐ Casa Rural ☐ Otros _____

Nombre: _____

Nº (Habitación, apartamento...): _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____

Posibles riesgos identificados Alojamiento1

☐ Aire acondicionado/climatizador

☐ Baño/ducha

☐ Jacuzzi/sauna/spa

☐ Contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua

☐ Otros: _____

-Alojamiento 2 Fecha Entrada _____ Fecha Salida _____

☐ Hotel ☐ Balneario ☐ Apartamento ☐ Camping ☐ Casa Rural ☐ Otros _____

Nombre: _____

Nº (Habitación, apartamento...): _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____

Posibles riesgos identificados Alojamiento2

☐ Aire acondicionado/climatizador

☐ Baño/ducha

☐ Jacuzzi/sauna/spa

☐ Contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua

☐ Otros: _____

-Alojamiento 3 Fecha Entrada _____ Fecha Salida _____

☐ Hotel ☐ Balneario ☐ Apartamento ☐ Camping ☐ Casa Rural ☐ Otros _____

Nombre: _____

Nº (Habitación, apartamento...): _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ País: _____

Posibles riesgos identificados Alojamiento3

☐ Aire acondicionado/climatizador

☐ Baño/ducha

☐ Jacuzzi/sauna/spa

☐ Contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua

☐ Otros: _____

RIESGOS IDENTIFICADOS EN OTRAS ACTIVIDADES

La legionela se transmite al inhalar (no al ingerir) aerosoles provenientes de instalaciones como torres de refrigeración, condensadores evaporativos, sistemas sanitarios de agua caliente y fría, spas, piscinas de hidromasaje e hidroterapia, fuentes ornamentales, chorros a presión, humectadores, pulverizadores, nebulizadores, riego por aspersión, etc. Puede ser útil revisar si ha estado expuesto a estas instalaciones en los 10 días previos, por ejemplo, en paseos por el barrio de residencia, superficies comerciales, clínicas odontológicas, estaciones de lavado, gimnasios, restauración...

En el siguiente espacio, puede detallar los mencionados riesgos detectados que no haya indicado con anterioridad, mencionando:

Riesgo identificado- Nombre o identificación del lugar- Dirección - Fecha y frecuencia en la que asiste:

Lugar1:

Lugar2:

Lugar3:

Información adicional sobre recorridos realizados ☐ A PIE ☐ EN TRANSPORTE

Recorrido1:

Recorrido2:

Recorrido3:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Según modo de presentación:

☐ Caso esporádico ☐ Agregación de casos ☐ Perteneciente a un brote

Según ámbito de presentación:

☐ Comunitario ☐ Asociado a viajes ☐ Nosocomial

DATOS DEL RIESGO. EXPOSICIÓN. RESULTADOS FUNDAMENTALES

Exposición principal/Transmisión:

- ☐ Baño con movimiento, tratamiento hidroterápico
- ☐ Dental
- ☐ Ducha
- ☐ Fuente ornamental
- ☐ Nebulizador o humidificador
- ☐ Jardinería
- ☐ Torre refrigeración
- ☐ Túnel de lavado
- ☐ Otro

Tipo de confirmación de la fuente de infección:

- ☐ Probable/no confirmado
- ☐ Evidencia de laboratorio ☐ Evidencia epidemiológica ☐ Ambas (Evidencia)

Muestra ambiental positiva:

- ☐ Agua sanitaria
- ☐ Agua sillón dentista
- ☐ Agua termal
- ☐ Baño con movimiento, piscina agua caliente
- ☐ Condensador evaporativo
- ☐ Equipo terapia respiratoria, humidificador
- ☐ Fuente ornamental
- ☐ Jardinería/ tierra
- ☐ Nebulizador/humidificador
- ☐ Riego por aspersión
- ☐ Torre de refrigeración
- ☐ Túnel de lavado (coche)
- ☐ Centro deportivo/recreativo
- ☐ Otros _____

Resultado muestra ambiental igual al del caso: ☐ Si ☐ No

OBSERVACIONES