



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: ____/____/____

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Fallo renal | <input type="checkbox"/> Fiebre |
| <input type="checkbox"/> Hemoptisis y síntomas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Mialgia | <input type="checkbox"/> Miocarditis |

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):

- Leptospira interrogans*
 Leptospira spp
 Leptospira, otras especies

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Orina | <input type="checkbox"/> Sangre |

Prueba (marcar la prueba positiva en la muestra principal):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Nucleico, detección | <input type="checkbox"/> Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpo, seroconversión | <input type="checkbox"/> Anticuerpo, IgM |
| <input type="checkbox"/> Inmunofluorescencia | |

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 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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos | <input type="checkbox"/> Manipulador de animales |
| <input type="checkbox"/> Medioambiental: agua | <input type="checkbox"/> Medioambiental: animal |
| <input type="checkbox"/> Medioambiental: suelo | <input type="checkbox"/> Trabajador de la construcción |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de laboratorio | <input type="checkbox"/> Trabajador en barco |

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

- Aerosol
 Aire (excepto aerosoles)
 Aguas recreativas⁵
 Lesión ocupacional
 Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
 Otra exposición ambiental⁶

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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Animal de caza mayor | <input type="checkbox"/> Animal de caza menor | <input type="checkbox"/> De granja |
| <input type="checkbox"/> Gato | <input type="checkbox"/> Mascota Exótica | <input type="checkbox"/> Mascota, otra |
| <input type="checkbox"/> Mono | <input type="checkbox"/> Murciélago | <input type="checkbox"/> Otro animal |
| <input type="checkbox"/> Otro Salvaje libre | <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Roedor |
| <input type="checkbox"/> Salvaje cautivo | <input type="checkbox"/> Zorro | |

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

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras | <input type="checkbox"/> Alcantarillado | <input type="checkbox"/> Boscoso |
| <input type="checkbox"/> Fosa séptica | <input type="checkbox"/> Fuente | <input type="checkbox"/> Humedal |
| <input type="checkbox"/> Inundación | <input type="checkbox"/> Lago | <input type="checkbox"/> Pozo |
| <input type="checkbox"/> Río | <input type="checkbox"/> Rural | <input type="checkbox"/> Selvático |
| <input type="checkbox"/> Terreno encharcado | <input type="checkbox"/> Urbano | |

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: __-__-__ Fecha de vuelta: __-__-__

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Probable
 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 brote⁷: _____

OBSERVACIONES⁸

⁵ 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.

⁶ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...

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