



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 diagnóstico de laboratorio: ____/____/____
Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):
 Shigella boydii *Shigella dysenteriae*
 Shigella flexneri *Shigella sonnei*
 Shigella spp
Serotipo⁵: _____
Muestra (marcar las que correspondan con resultado 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: _____

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 Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.



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

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
 Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)
 Persona a Persona: Durante las prácticas sexuales
 Aguas recreativas⁶
 Otra exposición ambiental⁷

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua Carne y productos cárnicos, sin especificar
 Fruta Huevo y derivados
 Leche y lácteos, sin especificar Mariscos, crustáceos, moluscos y productos
 Mixtos o buffet Otros alimentos, excluyendo agua
 Pescados y productos de pescado Queso
 Repostería 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 alimento⁸ (marcar una de las siguientes opciones)⁹:

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

Alimento, agente causal¹⁰:

- Shigella boydii* *Shigella dysenteriae*
 Shigella flexneri *Shigella sonnei*
 Shigella spp

Alimento, serotipo¹¹: _____

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

- | | |
|--|---|
| <p>– Transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús
<input type="checkbox"/> Avión
<input type="checkbox"/> Barco
<input type="checkbox"/> Tren
<input type="checkbox"/> Transporte sin especificar</p> | <p>– Instituciones cerradas</p> <p><input type="checkbox"/> Geriátrico
<input type="checkbox"/> Prisión o Custodia
<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Instalación sanitaria (excepto hospital)
<input type="checkbox"/> Institución para deficientes psíquicos
<input type="checkbox"/> Otra institución cerrada</p> |
| <p>– Comedor colectivo</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Infantil</p> | <p>– Otros ámbitos</p> |

⁶ 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.

⁷ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.

⁸ Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección

⁹ Tipo de evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección

¹⁰ Vehículo - Alimento, agente causal: Rellenar sólo si se ha detectado en el alimento por laboratorio.

¹¹ Vehículo - Alimento, serotipo: Rellenar sólo si se ha detectado en el alimento por laboratorio. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Granja |
| <input type="checkbox"/> Instalación docente > 18 años | <input type="checkbox"/> Instalación militar |
| <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Zona específica |
| <input type="checkbox"/> Restaurante/Bar | <input type="checkbox"/> Campamento |
| <input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| - Familiar | <input type="checkbox"/> Otro ámbito, sin especificar |
| <input type="checkbox"/> Hogar | |
| <input type="checkbox"/> Camping | |

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 brote¹²: _____

OBSERVACIONES¹³

¹² C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹³ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta