



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 (puede marcarse más de un signo/síntoma):

- Apnea
 Estridor
 Tos paroxística
 Vómitos

Tipo de complicaciones (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Crisis focales generalizadas
 Encefalopatía
 Neumonía
 Otra
 Sin complicaciones

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 (fecha del primer resultado concluyente): ____/____/____

Agente causal⁴: *Bordetella pertussis*

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

Exudado nasofaríngeo Suero

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

- Aislamiento microbiológico
 Detección de Ácido Nucleico (PCR)
 Detección de anticuerpo (sin especificar)
 Anticuerpo (seroconversión)

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

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 de adquisición de la infección es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí No

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: ____/____/____

Presenta documento de vacunación Sí No

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Sospechoso⁵

Probable⁶

Confirmado⁷

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico⁸ Sí No

Criterio epidemiológico⁹ Sí No

Criterio de laboratorio¹⁰ Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote¹¹: _____

OBSERVACIONES¹²

⁵ Caso sospechoso: persona que cumple los criterios clínicos

⁶ Caso probable: persona que cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado

⁷ Caso confirmado: persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio

⁸ Criterio clínico: Persona que presenta tos durante, al menos, dos semanas CON, al menos, uno de estos tres signos: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos provocados por la tos. También se considera que cumple criterio clínico: persona diagnosticada de tos ferina por un médico ó niños menores de un año con episodios de apnea.

⁹ Criterio epidemiológico: Contacto con un caso de tos ferina confirmado por laboratorio entre 6 y 20 días antes del inicio de los síntomas

¹⁰ Criterio de laboratorio: Al menos uno de los tres siguientes:

- Aislamiento de *B. pertussis* en una muestra clínica.
- Detección del ácido nucleico de *B. pertussis* en una muestra clínica.
- Respuesta de anticuerpos específicos de *B. pertussis*.

¹¹ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹² Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta