

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA

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: ☐ Sospechoso ☐ 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 historia clínica: _____

☐ No 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: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de toxina	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico	_____	_____	_____	_____

***Muestras:** exudado faríngeo, exudado nasal, lesión cutánea, membrana.

Agente causal:

☐ *Corynebacterium diphtheriae* ☐ *Corynebacterium ulcerans* ☐ *Corynebacterium pseudotuberculosis*

Biotipo de *C. diphtheriae*:

☐ *belfanti* ☐ *intermedius* ☐ *gravis* ☐ *mitis*

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

☐ Estado vacunal desconocido

☐ Paciente no vacunado

☐ Paciente vacunado ⇒ Nombre comercial: _____

Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

Vacunación documentada: ☐ NO documentada ☐ Algunas dosis ☐ Todas las dosis

VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:

Vacunación correcta para la edad: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

☐ Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: ☐ Sí ☐ No

☐ No

DATOS ESPECÍFICOS DE DIFTERIA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:			Sí	No	NS/NC				Sí	No	NS/NC
Dolor faríngeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Membrana faríngea adherente con inflamación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Edema de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Adenopatías cervicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Celulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Epiglotitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Estridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lesión cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Osteomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pericarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Postración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tos intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			⇒ Especificar:	_____				

COMPLICACIONES: Sí ☐ No ☐ NS/NC ☐

LOCALIZACIÓN FUNDAMENTAL:

☐ Cutánea ☐ Faríngea ☐ Laringotraqueal ☐ Nasal ☐ Tonsilar

☐ Otras localizaciones ⇒ Especificar: _____

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

☐ Antibiótico ☐ Antitoxina ☐ Antitoxina sp

Tratamiento anterior a la toma de muestra: Sí ☐ No ☐

OCUPACIÓN DE RIESGO (aquella que genera un riesgo de transmisión de la enfermedad a otras personas):

☐ Trabajador de escuela/guardería ☐ Atiende a personas enfermas ☐ Trabajador sanitario

EXPOSICIÓN:

☐ Contacto con un enfermo o infectado (portador) ☐ Contacto con persona procedente de zona endémica

☐ Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados.

Tipo de animal: ☐ Gato ☐ Perro ☐ Animal de granja ☐ Otro ⇒ Especificar: _____

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación (2-7 días previos al inicio de los síntomas): Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje: País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

OBSERVACIONES