

## 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 **Criterios de clasificación:**  Clínico  
 Probable  Laboratorio  
 Confirmado  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*

**Biotípico 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
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: _____						
<b>COMPLICACIONES:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>										
<b>LOCALIZACIÓN FUNDAMENTAL:</b>										
<input type="checkbox"/> Cutánea	<input type="checkbox"/> Faríngea	<input type="checkbox"/> Laringotraqueal	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Tonsilar						
<input type="checkbox"/> Otras localizaciones ⇒ Especificar: _____										
<b>TRATAMIENTO ESPECÍFICO:</b>										
<input type="checkbox"/> Antibiótico	<input type="checkbox"/> Antitoxina	<input type="checkbox"/> Antitoxina sp								
Tratamiento anterior a la toma de muestra: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
<b>OCUPACIÓN DE RIESGO</b> (aquella que genera un riesgo de transmisión de la enfermedad a otras personas):										
<input type="checkbox"/> Trabajador de escuela/guardería	<input type="checkbox"/> Atiende a personas enfermas	<input type="checkbox"/> Trabajador sanitario								
<b>EXPOSICIÓN:</b>										
<input type="checkbox"/> Contacto con un enfermo o infectado (portador)	<input type="checkbox"/> Contacto con persona procedente de zona endémica									
<input type="checkbox"/> Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados.										
Tipo de animal: <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Animal de granja <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Especificar: _____										
<b>DATOS DE VIAJE:</b>										
Viaje durante el periodo de incubación (2-7 días previos al inicio de los síntomas): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Lugar del viaje: País: _____ C. Autónoma: _____										
Provincia: _____ Municipio: _____										
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____										

**OBSERVACIONES**