

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido1: _____ Apellido2: _____

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: ☐ 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 anticuerpo, Ig M	_____	_____	_____	_____
Anticuerpo, seroconversión	_____	_____	_____	_____
Inmunofluorescencia	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

Agente causal: ☐ *Leptospira interrogans* ☐ *Leptospira* spp ☐ *Leptospira*, otras especies, especificar: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE LEPTOSPIROSIS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	SÍ	No	NS/NC		SÍ	No	NS/NC
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoptisis y sínt. resp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____			

OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO, especificar _____

EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Aerosol ☐ Aire (excepto aerosoles)

☐ 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)

☐ Lesión ocupacional ☐ Contacto con animal, tejidos de animales o derivados

☐ Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...), especificar: _____

Animal sospechoso: especificar: _____

<input type="checkbox"/> Animal de caza mayor	<input type="checkbox"/> Animal de caza menor	<input type="checkbox"/> Animal 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:

<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"/> Selvático	<input type="checkbox"/> Terreno encharcado

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación: ☐ Sí ☐ No

Lugar del viaje: País: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

<input type="checkbox"/> Inmigrante recién llegado	<input type="checkbox"/> Visita familiar
<input type="checkbox"/> Trabajador temporal	<input type="checkbox"/> Turismo
<input type="checkbox"/> Otro motivo, especificar: _____	

OBSERVACIONES