

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS
DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____	Apellido1: _____	Apellido2: _____			
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años
País de nacimiento: <input type="checkbox"/> España					
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Probable	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico		
<input type="checkbox"/> Confirmado	<input type="checkbox"/> Laboratorio		
	<input type="checkbox"/> Epidemiológico		
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):			
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Hospital: _____	Servicio _____		
Nº historia clínica : _____			
<input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____		
Evolución: <input type="checkbox"/> Curación			
<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas: _____			
<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____			
Situaciones de interés epidemiológico:			
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigente	<input type="checkbox"/> Trabajador de centro sanitario	<input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)	
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____			
<input type="checkbox"/> Otras, especificar: _____			
Colectivo de interés: _____			
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):			
<input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____			
<input type="checkbox"/> No			
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):			
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio			
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> <i>Leptospira interrogans</i> <input type="checkbox"/> <i>Leptospira</i> spp <input type="checkbox"/> <i>Leptospira</i> , 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"/>
Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<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"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____		
OCCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO , especificar _____						
EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):						
<input type="checkbox"/> Aerosol <input type="checkbox"/> Aire (excepto aerosoles) <input type="checkbox"/> Aguas recreativas (por microorganismos que se propagan al tragarse, 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) <input type="checkbox"/> Lesión ocupacional <input type="checkbox"/> Contacto con animal, tejidos de animales o derivados <input type="checkbox"/> 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"/> Murciélagos <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: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

