



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: ____-____-____

Hospitalizado¹: Sí No

Defunción: Sí No

Lugar del caso²:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____-____-____

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____-____-____

Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):

Salmonella enterica - no typhi/paratyphi

Salmonella spp

Serotipo⁵: _____

Subespecie (marcar una de las siguientes opciones):

Subespecie I (enterica) Subespecie II (salamae)

Subespecie IIIa (arizonae) Subespecie IIIb (diarizonae)

Subespecie IV (houtenae) Subespecie VI (indica)

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 caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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 del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.

⁵ Serotipo: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



Grupo Somático⁶: _____

Tipo de Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsia intestinal | <input type="checkbox"/> Heces | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input type="checkbox"/> Líquido articular | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal | |
| <input type="checkbox"/> Orina | <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Sangre |

Prueba:

- Aislamiento

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Criterio clínico | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio epidemiológico | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio de laboratorio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁷: _____

OBSERVACIONES⁸

⁶ Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.

⁷ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁸ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta