



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: ____/____/____
Manifestación clínica (marcar las que correspondan):
 Asintomático Diarrea
 Diarrea sanguinolenta Síndrome Hemolítico Urémico
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: *Escherichia coli* verotoxigénico
Serogrupo⁵: _____
Antígeno H: _____
Detección directa del ácido nucleico de los genes: *stx1* *stx2*
Muestra (marcar las pruebas con resultado positivo):
 Heces Orina Sangre
Prueba (marcar las que tengan resultado positivo):
 Aislamiento Ácido Nucleico, detección
 Anticuerpo, detección Toxina, detección
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____
Identificador de muestra en el LNR: _____

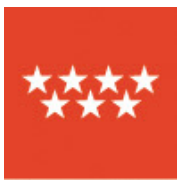
¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

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: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

⁵ Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.



DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulador de alimentos Atiende a personas enfermas
 Trabajador sanitario Trabajador de escuela/guardería

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
 Consumo de agua de bebida
 Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)
 Persona a Persona: Durante las prácticas sexuales
 Contacto con animales, tejidos de animales, o derivados
 Aguas recreativas⁶

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua Carne y productos cárnicos sin especificar
 Fruta Huevo y derivados
 Leche y lácteos sin especificar Mariscos, crustáceos, moluscos y productos
 Mixtos o buffet Otros alimentos, excluyendo agua
 Pescados y productos de pescado

Alimento más detalles (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua embotellada Agua-Abastecimiento común
 Agua-Fuentes/Etc. (no abastecimiento) Agua-Abastecimiento individual

Tipo de comercialización del alimento:

- No comercializado
 Venta de alimento artesanal
 Venta de alimento industrial

Tipo de confirmación del alimento⁷ (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica
 Por evidencia de laboratorio
 Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Alimento, agente causal⁸: *Escherichia coli* verotoxigénico

Alimento, serogrupo: _____

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|---|---|
| <p>– Transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús
<input type="checkbox"/> Avión
<input type="checkbox"/> Barco
<input type="checkbox"/> Tren
<input type="checkbox"/> Transporte sin especificar</p> | <p>– Instituciones cerradas</p> <p><input type="checkbox"/> Geriátrico
<input type="checkbox"/> Prisión o Custodia
<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Instalación sanitaria (excepto hospital)
<input type="checkbox"/> Institución para deficientes psíquicos
<input type="checkbox"/> Otra institución cerrada</p> |
| <p>– Comedor colectivo</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Infantil
<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Instalación docente > 18 años
<input type="checkbox"/> Hotel
<input type="checkbox"/> Restaurante/Bar
<input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo</p> | <p>– Otros ámbitos</p> <p><input type="checkbox"/> Granja
<input type="checkbox"/> Instalación militar
<input type="checkbox"/> Zona específica
<input type="checkbox"/> Campamento
<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro ámbito, sin especificar</p> |
| <p>– Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar</p> | |

⁶ Exposición a 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.

⁷ Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección

⁸ Alimento, agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento.



Camping

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: ___/___/___ Fecha de vuelta: ___/___/___

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Sospechoso⁹

Probable

Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote¹⁰: _____

OBSERVACIONES¹¹

⁹ Sólo se incluirá como sospechoso el caso que satisface los criterios clínicos de SHU (sin otra causa posible).

¹⁰ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹¹ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta