

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido 1:	_____	Apellido 2:	_____		
DNI/NIE:	_____	Pasaporte:	_____	CIPA:	_____	CIP-SNS:	_____
Sexo al nacimiento:	_____						
Sexo administrativo:	_____						
Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	_____	<input type="checkbox"/> Años	<input type="checkbox"/> Meses (si menos de 2 años)		
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España						
	<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____						
	Fecha aprox. llegada a España: _____						
Nacionalidad:	_____						
	Teléfono 1:		Teléfono 2: _____				
Domicilio:	_____						
	Nº: _____ Piso: _____						
Municipio:	Código postal:		Distrito:		Zona Básica: _____		
Provincia:	C. Autónoma:		País: _____				

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas:	_____	Fecha de diagnóstico:	_____
Clasificación del caso:	<input type="checkbox"/> Confirmado	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico
			<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"/> No	_____		
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Hospital:	_____ Servicio _____		
	Fecha de ingreso: _____	Fecha de alta: _____	Motivo de alta: _____
	Estancia en UCI: <input type="checkbox"/> No	_____	
	<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Fecha de ingreso: _____	Fecha de alta: _____	_____
Nº historia clínica:	_____		
Evolución:	_____		
	Si secuelas ⇒ Especificar: _____	_____	
	Si fallecimiento ⇒ Fecha: _____	Motivo de fallecimiento: _____	
Colectivo de interés:	_____		
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	_____		
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Nº de brote: _____	Otra información sobre casos asociados: _____		
<input type="checkbox"/> No	_____		
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):	_____		
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio	_____		
<input type="checkbox"/> Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):	_____		
Tipo de lugar o colectivo:	_____		
Dirección:	_____		Nº: _____ Piso: _____
Municipio:	Código postal: _____	Distrito: _____	Zona Básica: _____
Provincia:	C. Autónoma: _____	País: _____	

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre:	_____	Fecha de notificación:	_____		
Centro/Institución:	_____	Servicio:	_____		
Municipio:	_____	Teléfono:	_____	Email:	_____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico (PCR)	_____	_____	_____	_____
Visualización	_____	_____	_____	_____
Serología	_____	_____	_____	_____

Agente causal:
Si otra especie ⇨ Especificar: _____

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE LEISHMANIASIS

Categoría diagnóstica:

Factor predisponente personal:

VIH/SIDA Inmunodepresión farmacológica

Otra inmunodepresión médica ⇨ Especificar: _____

Exposición (marcar el mecanismo de transmisión con evidencia o más probable):

Ocupación de riesgo:

Contacto con animal infectado:

Caso importado:

OBSERVACIONES