

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE GIARDIASIS

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: _____ Zona Básica: _____
Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ Fecha de diagnóstico: _____
Clasificación del caso: ☐ 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: _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
☐ No
Evolución: ☐ Curación
☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____
Situaciones de interés epidemiológico:
☐ Albergue/Indigencia ☐ Trabaja en 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: _____ Zona Básica: _____
Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre: _____
Centro de Trabajo: _____
Municipio: _____ Teléfono: _____ Fecha de declaración: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Visualización	_____	_____	_____	_____
Detección de ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____

*Muestras de elección: heces, biopsia intestinal, líquido duodenal.

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

OBSERVACIONES