

## Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA

### 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: _____	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	
<b>Ingreso hospitalario</b> (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: _____			
<b>Situaciones de interés epidemiológico:</b>				
<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: _____	Área: _____			
<b>Asociado a otro caso o brote</b> (detallar la información sobre el caso o brote asociado):				
<input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____				
<input type="checkbox"/> No				
<b>Ubicación del riesgo</b> (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: _____	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
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Detección de toxina	_____	_____	_____	_____
<b>*Muestra de elección:</b> heces.				
<b>Serogrupo:</b>	<input type="checkbox"/> O1 Biotipo El Tor <input type="checkbox"/> O1 Biotipo clásico <input type="checkbox"/> O139	<b>Serotipo:</b>	<input type="checkbox"/> Inaba <input type="checkbox"/> Ogawa <input type="checkbox"/> Hikojima	
<b>Confirmación de la enterotoxina colérica o su gen en la colonia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____				
Identificador de muestra en el LNR: _____				

**DATOS DE VACUNAS**

<b>Información sobre el estado vacunal:</b>				
<input type="checkbox"/> Estado vacunal desconocido <input type="checkbox"/> Paciente no vacunado <input type="checkbox"/> Paciente vacunado ⇒ Tipo de vacuna: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis				
¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole (viaje)?				
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No				

**DATOS ESPECÍFICOS DE CÓLERA**

<b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS:</b>				
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NS/NC
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____
<b>OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO</b> especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:				
<input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos	<input type="checkbox"/> Atiende a personas enfermas	<input type="checkbox"/> Trabajador de escuela/guardería		
<input type="checkbox"/> Trabajador sanitario	<input type="checkbox"/> Otra ocupación			
<b>EXPOSICIÓN durante el periodo de incubación</b> (horas-5 días previos a los síntomas):				
<input type="checkbox"/> Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)*				
<input type="checkbox"/> Consumo de agua de bebida**				
<input type="checkbox"/> Contacto con un enfermo o infectado				
<input type="checkbox"/> Aguas recreativas				
<input type="checkbox"/> Otra exposición ambiental				
<input type="checkbox"/> Desconocida				
<b>*Alimento sospechoso</b> , especificar alimento _____ y marcar una de las siguientes opciones:				
<input type="checkbox"/> Frutas	<input type="checkbox"/> Vegetales crudos			
<input type="checkbox"/> Marisco no depurado y crudo	<input type="checkbox"/> Otros alimentos			
<input type="checkbox"/> Varios alimentos	<input type="checkbox"/> Desconocido			
<b>**Agua de bebida:</b>				
<input type="checkbox"/> Agua embotellada	<input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento común			
<input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento individual	<input type="checkbox"/> Agua de fuente o agua no tratada ( <i>no abastecimiento</i> )			
<input type="checkbox"/> Otro origen	Especificar: _____			
<b>Procedencia del alimento:</b>				
<input type="checkbox"/> Industrial comercializado				
Nombre comercial: _____	Fabricante: _____			
Lote: _____	Fecha de caducidad: _____			
Lugar de adquisición: _____	Fecha de adquisición: _____			
<input type="checkbox"/> Artesanal comercializado				

Lugar de adquisición: \_\_\_\_\_

Fecha de adquisición: \_\_\_\_\_

- No comercializado/casero  
 Origen desconocido

Fecha de consumo del alimento: \_\_\_\_\_

Hora de consumo del alimento: \_\_\_\_\_

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

- No confirmado/sospechoso     Por evidencia epidemiológica  
 Por evidencia de laboratorio     Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Agente causal confirmado en el alimento:  Sí     No     NS/NC

Serogrupo en el alimento:  O1 Biotipo El Tor  
 O1 Biotipo clásico  
 O139

Serotipo en el alimento:  Inaba  
 Ogawa  
 Hikojima

Confirmación de la enterotoxina colérica o su gen en la colonia:  Sí     No

Ámbito de exposición, especificar \_\_\_\_\_ y marcar una de las siguientes opciones:

- Domicilio u otro lugar entre particulares  
 Restaurantes, bares y similares  
 Otro comedor colectivo  
 Otro ámbito  
 Lugar desconocido o sin definir

## DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación:  Sí     No

Lugar del viaje: Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_

Fecha de ida: \_\_\_\_\_ Fecha de vuelta: \_\_\_\_\_

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

- Turismo     Visita familiar  
 Trabajador temporal     Inmigrante recién llegado  
 Otro motivo, especificar: \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES