

Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA

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 clínico: _____

Clasificación del caso: ☐ Probable ☐ 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: _____
☐ No Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Evolución: ☐ Curación
☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Situaciones de interés epidemiológico:
☐ Albergue/Indigente ☐ Trabajador de centro sanitario ☐ Residencia (mayores, menores,...)
☐ Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
☐ Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____ Área: _____

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 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	_____	_____	_____	_____

*Muestra de elección: heces.

Serogrupo: ☐ O1 Biotipo El Tor ☐ O1 Biotipo clásico ☐ O139

Serotipo: ☐ Inaba ☐ Ogawa ☐ Hikojima

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

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

Información sobre el estado vacunal:

☐ Estado vacunal desconocido

☐ Paciente no vacunado

☐ Paciente vacunado ⇒ Tipo de vacuna: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____

Vacunación documentada: ☐ NO documentada ☐ Algunas dosis ☐ Todas las dosis

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole (viaje)?

☐ Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: ☐ Sí ☐ No

☐ No

DATOS ESPECÍFICOS DE CÓLERA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

	Sí	No	NS/NC
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Especificar: _____

OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:

☐ Manipulador de alimentos ☐ Atiende a personas enfermas ☐ Trabajador de escuela/guardería

☐ Trabajador sanitario ☐ Otra ocupación

EXPOSICIÓN durante el periodo de incubación (horas-5 días previos a los síntomas):

☐ Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)*

☐ Consumo de agua de bebida**

☐ Contacto con un enfermo o infectado

☐ Aguas recreativas

☐ Otra exposición ambiental

☐ Desconocida

***Alimento sospechoso**, especificar alimento _____ y marcar una de las siguientes opciones:

☐ Frutas ☐ Vegetales crudos

☐ Marisco no depurado y crudo ☐ Otros alimentos

☐ Varios alimentos ☐ Desconocido

****Agua de bebida:**

☐ Agua embotellada ☐ Agua de abastecimiento común

☐ Agua de abastecimiento individual ☐ Agua de fuente o agua no tratada (no abastecimiento)

☐ Otro origen Especificar: _____

Procedencia del alimento:

☐ Industrial comercializado

Nombre comercial: _____ Fabricante: _____

Lote: _____ Fecha de caducidad: _____

Lugar de adquisición: _____ Fecha de adquisición: _____

☐ 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