

## ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HIDATIDOSIS

### 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: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_

Clasificación del caso: ☐ Confirmado

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ 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
Detección de anticuerpo	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Visualización de parásito	_____	_____	_____	_____
Visualización de lesiones	_____	_____	_____	_____
Visualización de quistes	_____	_____	_____	_____

\*Muestras de elección: líquido quístico, muestra quirúrgica, suero

**Agente causal:**

☐ *Echinococcus granulosus*
☐ *Echinococcus multilocularis*  
☐ *Echinococcus* otro especificado
☐ *Echinococcus* spp

## DATOS ESPECÍFICOS DE HIDATIDOSIS

**DATOS CLÍNICOS**

Localización del quiste:	Sí	No	NS/NC		Sí	No	NS/NC
Médula ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esplénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra localización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____			

**Número de quistes:** ☐ Quiste único ☐ Quiste múltiple

**Tipo de caso:** ☐ Nuevo

**OCUPACIÓN/ACTIVIDAD DE RIESGO** especificar \_\_\_\_\_ y marcar una de las siguientes opciones:

☐ Manipulador de alimentos
☐ Manipulador de animales  
☐ Medioambiental: agua
☐ Medioambiental: animal

**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  
☐ Contacto con animal, tejidos de animales o derivados\*  
☐ Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...), especificar: \_\_\_\_\_

**\*Animal sospechoso:** especificar: \_\_\_\_\_

☐ Perro
☐ Zorro
☐ Otro animal

**Animal más detalles:**

☐ Contacto con animal alimentado de forma insegura  
☐ Contacto con animal infectado  
☐ Contacto con animal sin desparasitar  
☐ Contacto con cadáver de animal

**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

## OBSERVACIONES