

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HIDATIDOSIS 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:	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:

<input type="checkbox"/> <i>Echinococcus granulosus</i>	<input type="checkbox"/> <i>Echinococcus multilocularis</i>
<input type="checkbox"/> <i>Echinococcus</i> otro especificado	<input type="checkbox"/> <i>Echinococcus</i> spp

DATOS ESPECÍFICOS DE HIDATIDOSIS

DATOS CLÍNICOS

Localización del quiste: Médula ósea <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC Esplénico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC Pulmonar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC Otra localización <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Encefálico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC Hepático <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Número de quistes: <input type="checkbox"/> Quiste único <input type="checkbox"/> Quiste múltiple Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Nuevo	

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos | <input type="checkbox"/> Manipulador de animales |
| <input type="checkbox"/> Medioambiental: agua | <input type="checkbox"/> Medioambiental: animal |

EXPOSICIÓN (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida) | <input type="checkbox"/> Contacto con animal, tejidos de animales o derivados* |
| <input type="checkbox"/> Consumo de agua de bebida | <input type="checkbox"/> Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...), especificar: _____ |

***Animal sospechoso:** especificar: _____

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Zorro | <input type="checkbox"/> 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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No confirmado/sospechoso | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica |
| <input type="checkbox"/> Por evidencia de laboratorio | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica y de laboratorio |

OBSERVACIONES