

## Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PESTE

### DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: \_\_\_\_\_

Identificador del caso para el declarante: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad en años: \_\_\_\_ Edad en meses en menores de 2 años: \_\_\_\_

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

Manifestación clínica (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Peste bubónica ☐ Peste faríngea ☐ Peste neumónica ☐ Peste septicémica

Hospitalizado<sup>4</sup>: Sí ☐ No ☐

Fecha de ingreso hospitalario: \_\_\_\_\_ Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_\_\_

Defunción: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

<sup>2</sup> Nombre y Apellidos.

<sup>3</sup> Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.)

<sup>4</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

Lugar del caso<sup>5</sup>:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Importado<sup>6</sup>:    Sí ☐    No ☐

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de diagnóstico de laboratorio: \_\_\_\_\_

Agente causal<sup>7</sup>: ☐ *Yersinia pestis*

**Prueba** (marcar las pruebas con resultado positivo):

☐ Ácido Nucleico, detección

☐ Aislamiento

☐ Anticuerpo, seroconversión

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 DEL RIESGO**

Ocupación de riesgo (escribir literal): \_\_\_\_\_

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

☐ Aire (excepto aerosoles)

☐ Persona a persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

☐ Persona a persona: Con persona de país de alta prevalencia

☐ Lesión ocupacional

☐ Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados

☐ Contacto con vector/vehículo de transmisión

**Exposición: Animal sospechoso** (marcar la principal de las siguientes opciones):

\_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

<sup>6</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>7</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

- ☐ Animal de caza mayor   ☐ Animal de caza menor   ☐ Gato
- ☐ Murciélago   ☐ Otro animal   ☐ Otro Salvaje libre
- ☐ Perro   ☐ Pulga   ☐ Roedor
- ☐ Salvaje cautivo   ☐ Zorro

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Aguas costeras   ☐ Boscoso   ☐ Rural   ☐ Selvático   ☐ Urbano

**Datos de viaje:**

Viaje durante el periodo de incubación: Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:      País: \_\_\_\_\_

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

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

- ☐ Inmigrante recién llegado   ☐ Trabajador temporal
- ☐ Turismo   ☐ Visita familiar
- ☐ Otro

<b>DATOS DE VACUNACIÓN</b>
----------------------------

Vacunado con alguna dosis:   Sí ☐ No ☐

Número de dosis: \_\_\_\_\_

Fecha de última dosis recibida: \_\_\_\_\_

Presenta documento de vacunación   Sí ☐ No ☐

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Probable

☐ Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico                      Sí ☐    No ☐

Criterio epidemiológico    Sí ☐    No ☐

Criterio de laboratorio    Sí ☐    No ☐

**Asociado:**

A brote: Sí ☐ No ☐                      Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>8</sup>: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

Investigación de contactos: Sí ☐ No ☐

Otras observaciones<sup>9</sup>:

Fichero: Sí ☐ No ☐

<sup>8</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.

<sup>9</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.