

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TULAREMIA

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: <input type="checkbox"/> Probable	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico
<input type="checkbox"/> Confirmado	<input type="checkbox"/> Laboratorio
	<input type="checkbox"/> Epidemiológico

Ingreso hospitalario (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: Curación

<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas: _____
<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Situaciones de interés epidemiológico:

<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: _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):

<input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____
<input type="checkbox"/> No

Ubicación del riesgo (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: _____ 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 anticuerpo, IgM				
Anticuerpo, seroconversión				
Detección ácido nucleico				
Aislamiento				

DATOS ESPECÍFICOS DE TULAREMIA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
Tularemia glandular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tularemia intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tularemia oculoglandular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tularemia orofaríngea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tularemia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tularemia tifoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tularemia ulceroglandular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
OCCUPACIÓN/ACTIVIDAD DE RIESGO especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:						
<input type="checkbox"/> Manipulador de animales	<input type="checkbox"/> Medioambiental: agua	<input type="checkbox"/> Medioambiental: animal				
<input type="checkbox"/> Medioambiental: suelo	<input type="checkbox"/> Trabajador de laboratorio					
EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):						
<input type="checkbox"/> Aerosol	<input type="checkbox"/> Aire (excepto aerosoles)					
<input type="checkbox"/> Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)	<input type="checkbox"/> Consumo de agua de bebida					
<input type="checkbox"/> Lesión ocupacional	<input type="checkbox"/> Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura,...)					
<input type="checkbox"/> Contacto con animal, tejidos de animales o derivados	<input type="checkbox"/> Contacto con vector/vehículo de transmisión					
<input type="checkbox"/> Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...), especificar: _____						
Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):						
<input type="checkbox"/> Animal de caza mayor	<input type="checkbox"/> Animal de caza menor	<input type="checkbox"/> Animal de granja				
<input type="checkbox"/> Crustáceos	<input type="checkbox"/> Garrapata	<input type="checkbox"/> Pulga				
<input type="checkbox"/> Roedor	<input type="checkbox"/> Perro	<input type="checkbox"/> Zorro				
<input type="checkbox"/> Otro artrópodo	<input type="checkbox"/> Otro animal salvaje libre	<input type="checkbox"/> Otro animal				
Animal más detalles (marcar una de las siguientes opciones):						
<input type="checkbox"/> Contacto con un animal alimentado de forma insegura						
<input type="checkbox"/> Contacto con animal infectado						
<input type="checkbox"/> Contacto con animal sin desparasitar						
<input type="checkbox"/> 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					
Lugar de exposición:						
<input type="checkbox"/> Aguas costeras	<input type="checkbox"/> Alcantarillado	<input type="checkbox"/> Boscoso	<input type="checkbox"/> Fosa séptica			
<input type="checkbox"/> Fuente	<input type="checkbox"/> Humedal	<input type="checkbox"/> Inundación	<input type="checkbox"/> Lago			
<input type="checkbox"/> Pozo	<input type="checkbox"/> Río	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Selvático			
<input type="checkbox"/> Terreno encharcado	<input type="checkbox"/> Urbano					
INVESTIGACIÓN AMBIENTAL:						
Investigación ambiental realizada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC						
Si se ha realizado investigación ambiental, recoger el resultado de la misma: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>						

OBSERVACIONES