

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TULAREMIA

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: ☐ 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: _____

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 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"/>	<input type="checkbox"/>	
Tularemia oculoglandular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Tularemia orofaríngea	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Tularemia ulceroglandular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

OCUPACIÓN/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):

☐ Contacto con un 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

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: ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Si se ha realizado investigación ambiental, recoger el resultado de la misma:

OBSERVACIONES