



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
Fecha de declaración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):  
 Tularemia glandular  Tularemia intestinal  
 Tularemia oculoglandular  Tularemia orofaríngea  
 Tularemia pulmonar  Tularemia tifoidea  
 Tularemia ulceroglandular  
Hospitalizado<sup>1</sup>: Sí  No   
Defunción: Sí  No   
Lugar del caso<sup>2</sup>:  
País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Importado<sup>3</sup>: Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de diagnóstico de laboratorio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Agente causal<sup>4</sup>:  *Francisella tularensis*  
Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):  
 Ácido Nucleico, detección  
 Aislamiento  
 Anticuerpo, detección  
 Anticuerpo, IgM  
 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 (marcar una de las siguientes opciones):  
 Manipulador de animales

<sup>1</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>2</sup> Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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>3</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>4</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



- Medioambiental: agua
- Medioambiental: animal
- Medioambiental: suelo
- Trabajador de laboratorio

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

- Aerosol
- Aire (excepto aerosoles)
- Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
- Consumo de agua de bebida
- Lesión ocupacional
- Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)
- Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
- Contacto con vector/vehículo de transmisión
- Otra exposición ambiental<sup>5</sup>

**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 animal alimentado de forma insegura
- Contacto con animal infectado
- Contacto con animal sin desparasitar
- Contacto con cadáver de animal

**Tipo de confirmación del vehículo**<sup>6</sup> (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica
- Por evidencia de laboratorio
- Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

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

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <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         |                                    |

## CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Probable
- Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

- |                         |                             |                             |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Criterio clínico        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio epidemiológico | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio de laboratorio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Asociado:**

A brote: Sí  No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>7</sup>: \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos.

<sup>6</sup> Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la identificación del vehículo de la infección.

<sup>7</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.

<sup>8</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.