**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR**

**CHLAMYDIA TRACHOMATIS (EXCLUYE LINFOGRANULOMA VENÉREO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador** |  | |
| **Lugar de trabajo** |  | |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  | |
| **Tipo de servicio clínico inicial** | | |  | |
| Centro de atención primaria  Centro de ITS extrahospitalario  Consulta de atención al embarazo  Consulta de ginecología  Servicio de urgencias  Otro hospitalario sp | | | Consulta de planificación familiar  Centro de ITS hospitalario  Consulta dermatología  Consulta de urología  Centro penitenciario  Otro: |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** | |  | | | | | | | | | | |
| **CIPA/NHC** | |  | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | |  | | **Edad** | |  | **Género** | | Varón | | Mujer | Otro |
| **Domicilio** |  | | | | | | | **Localidad** | |  | | |
| **Concejo** |  | | **Teléfono** | |  | | | | | **Área Sanitaria** | |  |
| **País de nacimiento** |  | | **Año llegada a España** | |  | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha del caso** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Hospital: | |
| **Defunción** | Sí  No | Fecha defunción | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Lugar del caso** | |
| País |  | | Comunidad autónoma | |  |
| Provincia |  | | Municipio | |  |
| Importado | Sí  No | |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Agente causal** | | *Chlamydia trachomatis* | | | | |
| **Tipo de muestra**  (muestra principal con resultado positivo) | | Ulcera genital  Exudado rectal  Exudado cervical  Exudado faríngeo  Orina | | | Exudado uretral  Exudado vaginal  Líquido nasofaríngeo  Exudado conjuntival  Muestra normalmente estéril, sin especificar | |
| **Prueba** | | Aislamiento  Ácido Nucleico, detección  Antígeno, detección | | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia:  No | | | | | Sí | Nº Referencia: |
| **Resultados VIH** | Positivo | | Negativo | No realizado | | |
|  |  | |  |  | | |

**DATOS DEL RIESGO**

**Factor predisponente personal** (hasta 4 de las siguientes opciones)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transexual | Usuario de prostitución | Ejercicio de la prostitución | Uso de preservativo  en la última relación sexual |

**Infección/ enfermedad concurrente** (hasta 11 de las siguientes opciones)

|  |  |
| --- | --- |
| Sífilis  Condiloma acuminado  Hepatitis A  Hepatitis C  Pediculosis  ITS sin especificar | Infección gonocócica  Hepatitis B  Herpes genital  Molluscum contagiosum  Escabiosis |

**Exposición** (marcar una de las siguientes)

|  |  |
| --- | --- |
| Persona a persona: heterosexual  Persona a persona: homo/bisexual  Persona a persona: sexual sin especificar  Persona a persona: madre-hijo  Otra exposición especificada: | |
| Exposición – Número de parejas sexuales (últimos 12 meses) |  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** | Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Criterio clínico | Sí  No | | |
| Criterio epidemiológico | Sí  No | | |
| Criterio laboratorio | Sí  No | | |
| **Asociado a brote** | Sí  No | | |
| Identificador del brote |  | C. Autónoma de declaración del brote |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20