Notificar a: [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CRIPTOSPORIDIOSIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
|  | | | |

**DATOS PERSONALES DEL CASO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | |  | | | | | | | | | | | |
| **CIPA / NHC / DNI** | |  | | | | | | | | | | | |
| **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** | *Cryptosporidium hominis*  *Cryptosporidium parvum* | *Cryptosporidium, otras especies*  *Cryptosporidium spp* | |
| **Muestra** | Heces  Biopsia intestinal  Liquido duodenal |  | |
| **Prueba** | Aislamiento  Ácido Nucleico, detección  Antígeno, detección  Visualización | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia:  No | | Sí | Nº Referencia: |

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición** *Especificar tipo, lugar y fecha*

|  |  |
| --- | --- |
| Uso aguas recreativas  Contacto con animales  ☐ Alimento |  |
|  |
|  |

Agua que consume habitualmente  Embotellada  Del grifo

**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