Notificar a: 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 ingresoHaga 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20