**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 LISTERIOSIS**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.  Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Fecha de inicio de síntomas** |  | | | |
| **Clínica** | Fiebre  Meningitis / meningoencefalitis/ cerebritis  Sepsis  Granulomatosis séptica del lactante  Aborto espontáneo o mortinato  Otros: | | | | | |
| **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** | | *Listeria monocytogenes*  Serotipo | | | |
| **Tipo de muestra** | | | Exudado conjuntival  LCR  Sangre  Exudado nasofaríngeo |  | |
| Muestra estéril.  *Especificar* |  | |
| Muestra no estéril.  *Especificar* |  | |
| **Prueba** | | Aislamiento   |  |  | | --- | --- | | Ácido nucleico, detección Serogrupo |  | | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia | | | | Sí  No | Nº Referencia: |

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Veterinario | Granjero | Manipulador de alimentos | Trabajador sanitario | Otra: |  |

**Factor predisponente personal (**marcar las que corresponden)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Embarazo | Inmunodeficiencia | Recién nacido | Otro: |  |

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

|  |
| --- |
| Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)  ☐ Transmisión madre-hijo  Transmisión desde un animal infectado/colonizado confirmado  Misma fuente/vehículo que un caso humano confirmado  Asociada a cuidados sanitarios; especificar: |

**Alimento sospechoso**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especificar alimento |  | |
| Marca del alimento |  | |
| Fecha de consumo del alimento | | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**Tipo de consumo del alimento**

|  |
| --- |
| Crudo  Cocinado, recién hecho  Cocinado, recalentado  Cocinado, sin recalentar  Alimento listo para el consumo  Otro: |

**Tipo de comercialización del alimento**

|  |
| --- |
| No comercializado  Comercializado a pequeña escala o artesanal  Comercializado a gran escala o industrial |

**Ámbito de exposición**

|  |  |
| --- | --- |
| Hogar  Restaurante  Ámbito escolar  Institución cerrada  Transporte | Instalación sanitaria  Comunitario  Otro:  Especificar: |

**Datos de viaje**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Viaje durante el periodo de incubación | | Sí  No | | | |
| **Lugar del viaje** | | |
| País |  | | | C. Autónoma |  |  |
| Provincia |  | | | Municipio |  |  |
| Fecha  de ida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Fecha  de vuelta | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** | Probable  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