**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a: 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 mortinatoOtros: |
| **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** |  [ ]  *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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20