Dirección General de Salud PúblicaNotificar 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 SALMONELOSIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | |
|  |  | | Fecha de inicio | | | Fecha fin | |
| **Clínica** | Fiebre  Diarrea  Vómitos  Dolor abdominal  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. | | | |  |
| Secuelas/ Complicaciones | Sí  No | | En caso afirmativo, especificar: | |  | | |
| **Lugar del caso** | | |
| **País** | |  | | Comunidad autónoma | |  | |
| **Provincia** | |  | | Municipio | |  | |
| **Importado** | | Sí  No | |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de muestra | Fecha recogida | Prueba analítica | Resultado | Fecha de resultado |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Otros resultados a comentar: |  |

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Antes de enfermar:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha tenido contacto con alguna persona que estuviera enferma con los mismos síntomas? | | | | | | Sí | No |
| * En caso afirmativo especificar: |  | | | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  |  |
| ¿Ha consumido algún alimento preparado por alguna persona enferma con los mismos síntomas? | | | | | | Sí | No |
| ¿Ha consumido agua sin higienizar? | | | | | | Sí | No |
| * En caso afirmativo especificar origen : | |  | |  | |  |  |
| ¿Ha tenido contacto frecuente con animales? | | | | | | Sí | No |
| * En caso afirmativo especificar: | |  | | |  |  |  |
| ¿Ha comido en algún restaurante u otro establecimiento hostelero en la semana anterior al inicio de síntomas? | | | | | | Sí | No |
| * En caso afirmativo especificar:  |  |  | | --- | --- | | LUGAR | FECHA | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | | |
| ¿Ha viajado en la semana anterior al inicio de síntomas? | | | | | | Sí | No |
| * En caso afirmativo especificar: | | | | | |  |  |
| LUGAR | | | FECHA INICIO | | FECHA FIN | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| En lactantes, ¿toma leche de formula? | ¿Quedan restos en su envase original? ☐ Sí ☐ No |
| Marca |  |
| Número de lote |  |

**Historia de comidas, bebidas y fármacos en los tres días anteriores al inicio de los síntomas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Comidas** | | **Lugar de consumo** | **Alimentos, bebidas, medicación…** |
| Día -1  Haga clic aquí para escribir una fecha. | Desayuno |  |  |
| Comida |  |  |
| Merienda |  |  |
| Cena |  |  |
| Otros |  |  |
| Día -2  Haga clic aquí para escribir una fecha. | Desayuno |  |  |
| Comida |  |  |
| Merienda |  |  |
| Cena |  |  |
| Otros |  |  |
| Día -3  Haga clic aquí para escribir una fecha. | Desayuno |  |  |
| Comida |  |  |
| Merienda |  |  |
| Cena |  |  |
| Otros |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alimento sospecho** |  | ¿Quedan restos? ☐ Sí ☐ No |
| Marca |  | |
| ¿Dónde y cuándo lo compró? |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicación que toma habitualmente |  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |
| --- |
| **Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)  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