Dirección General de Salud PúblicaNotificar 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 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 abdominalOtros: |  |  |
| **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 -1Haga clic aquí para escribir una fecha. | Desayuno |  |  |
| Comida |  |  |
| Merienda |  |  |
| Cena  |  |  |
| Otros |  |  |
| Día -2Haga clic aquí para escribir una fecha. | Desayuno |  |  |
| Comida |  |  |
| Merienda |  |  |
| Cena  |  |  |
| Otros |  |  |
| Día -3Haga 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

 Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20