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 CAMPILOBACTERIOSIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | **DNI** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Género** | Hombre [ ]  | 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 inicio síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **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. |  |
|  |  |  |  |
| **Clínica** | Fecha inicio | Fecha fin |
|   |  [ ]  | Diarrea |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|   |  [ ]  | Náuseas/vómitos |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|  |  [ ]  | Dolor abdominal |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|   |  [ ]  | Fiebre |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|   |  [ ]  | Otra**1** |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
|  | *1Especificar* |  |
| **Lugar del caso:** |
| País |  | Comunidad autónoma |  |
| Provincia |  | Municipio |  |
| **Importado** | [ ] Sí [ ]  No |
| **Extracomunitario** | ☐Sí ☐ No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha muestra** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  *Campylobacter coli* [ ]  *Campylobacter jejuni* |  [ ]  C*ampylobacter spp* [ ]  Otro, especificar: |  |
| **Muestra** |  [ ]  Heces [ ]  Biopsia intestinal [ ]  LCR [ ]  Líquido articular |  [ ]  Líquido peritoneal [ ]  Orina [ ]  Sangre  [ ]  Otra, especificar: |  |
| **Prueba** |  [ ]  Aislamiento [ ]  Ácido Nucleico, detección |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia: [ ]  No | [ ]  Sí | Nº Referencia: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Disponibles resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana:** | [ ]  Si | [ ]  No |
|  |  |  |
|  | Sensible | Intermedio | Resistente |
| **Amoxicilina/Clavulánico** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Ciprofloxacino** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Eritromicina** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Gentamicina** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Tetraciclina** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

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

**DATOS DE RIESGO**

**En los 10 días previos a 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 **personas enferma** con los mismos síntomas? | [ ]  Sí |  [ ]  No |
|  |  |  |
| ¿Ha consumido **agua sin higienizar**? | [ ]  Sí |  [ ]  No |
|  *En caso afirmativo especificar origen* |  |
|  |
| ¿Ha consumido algún **alimento crudo o mal cocinado**, o leche no higienizada? | [ ]  Sí |  [ ]  No |
|  *En caso afirmativo especificar alimento* |  |
|  |
| ¿Ha comido en algún **restaurante u otro establecimiento hostelero** en los diez días anteriores al inicio de síntomas? | [ ]  Sí |  [ ]  No |
| *En caso afirmativo especificar*

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR** | **FECHA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |
| ¿Ha **viajado** en los diez días anteriores al inicio de síntomas? *En caso afirmativo especificar* | [ ]  Sí |  [ ]  No |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LUGAR** | **FECHA DE IDA** | **FECHA DE VUELTA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
|  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |
| --- |
| **Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones) [ ]  Sospechoso ☐ 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