Notificar 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 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](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20