### 

### ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE Q Nº Caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ **Edad: años:** \_\_\_\_ **meses** (en menores de 2años)**:** \_\_\_\_

**Sexo:** Hombre  Mujer  **Nº ASTU:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Area Sanitaria:** \_\_\_\_

**Ocupación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Centro de Estudio/Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año de llegada a España:** \_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Fecha de inicio de síntomas:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No  Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Secuelas**: Sí  No

**Defunción:** Sí  No  Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

**País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C. Autónoma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de recepción en el laboratorio fuente:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Agente causal[[5]](#footnote-5)**: *Coxiella burnetii*

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial

Esputo

Sangre

Suero

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

|  |  |
| --- | --- |
| Ácido Nucleico, detección | Aislamiento |
| Anticuerpo, detección | Anticuerpo, IgG |
| Anticuerpo, IgM | Anticuerpo, seroconversión |

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí  No

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| Manipulador de alimentos | Manipulador de animales |
| Medioambiental: animal | Medioambiental: suelo |
| Trabajador de laboratorio | Trabajador del sexo |
| Trabajador sanitario |  |

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

Aerosol

Aire (excepto aerosoles)

Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)

Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.

Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

Persona a Persona: Madre-Hijo

Persona a Persona: Sexual sin especificar

Ocupacional

Otra exposición ambiental[[6]](#footnote-6)

**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

De granja

Garrapata

Otro animal

**Alimento sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

|  |  |
| --- | --- |
| Leche y lácteos de cabra | Leche y lácteos de oveja |
| Leche y lácteos de vaca | Leche y lácteos sin especificar |
| Queso |  |

**Tipo de comercialización del alimento:**

No comercializado

Venta de alimento artesanal

Venta de alimento industrial

**Fecha de consumo alimento:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Probable

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Asociado a brote**: Sí  No  Identificador del brote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote[[7]](#footnote-7): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES [[8]](#footnote-8)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

**Fecha de Notificación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico que declara:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc..). [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcarsólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#footnote-ref-5)
6. Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos… [↑](#footnote-ref-6)
7. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-7)
8. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-8)