**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a: vigilancia.sanitaria@asturias.org

 Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha primera notificación** | **Médico que notifica** |  |
| Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Lugar de trabajo** |  |
| **Teléfono** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** |  |
| **Nº ASTU** |  | **NIF** |  | **NHC** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Género** | Varón [ ]  | Mujer[ ]  | Otro [ ]  |
| **Domicilio** |  | **Código Postal** |  |  **Localidad** |  |
| **Concejo** |  |  **Teléfono** |  |  **Área Sanitaria** |  |
| **Ocupación** |  | **Centro de estudio/trabajo** |  |
| **País de nacimiento** |  | **Año llegada a España** |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Clínica** |  [ ]  Diarrea [ ]  Cefalea [ ]  Dolor abdominal [ ]  Hepatomegalia | [ ]  Fiebre prolongada[ ]  Bradicardia relativa☐ Erupción maculopapular☐ Otra, especifica: |  |
| **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. |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  *Salmonella entérica* serotipo Typhi [ ]  *Salmonella entérica* serotipo Paratyphi, especificarA, B o C*:* |
| **Tipo de muestra** |  [ ]  Sangre [ ]  Heces [ ]  Orina |
| **Prueba** |  [ ]  Coprocultivo  [ ]  Urocultivo [ ]  Hemocultivo [ ]  Ácido nucleico, detección (PCR) |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia  | [ ]  No [ ]  Si, nº referencia: |  |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |
| --- |
| **Lugar de exposición** |
|  ☐ Asturias |
|  ☐ En otra Comunidad Autónoma, especifica |  |
|  ☐ En un país distinto de España, especifica |  |

|  |
| --- |
| **Ocupación de riesgo** [ ]  Manipulador de alimentos [ ]  Atiende a personas enfermas [ ]  Trabajador sanitario [ ]  Trabajador de escuela/guardería [ ]  Trabajador de laboratorio**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión) [ ]  Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida) [ ]  Consumo de agua de bebida [ ]  Aguas recreativas [ ]  Persona a persona: contacto con un enfermo o infectado [ ]  Persona a persona: durante prácticas sexuales |
|  [ ]  Otra exposición. Indicar: |  |
| **Alimento sospechoso** [ ]  Agua ☐ embotellada ☐ abastecimiento común ☐ de fuente ☐ abastecimiento individual [ ]  Fruta [ ]  Leche y lácteos de [ ]  vaca [ ]  oveja [ ]  cabra [ ]  sin especificar [ ]  Mariscos, crustáceos, moluscos y sus productos [ ]  Otros alimentos, excluyendo agua [ ]  Vegetales |
| **Tipo de comercialización del alimento** ☐ No comercializado [ ]  Venta de alimento artesanal [ ]  Venta de alimento industrial |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** |  [ ]  Probable [ ]  Sospechoso [ ]  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