**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

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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20