

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTORA DE TOXINA SHIGA O VERO Nº Caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATOS DEL PACIENTE**

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

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

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

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

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

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

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

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

**Manifestación clínica** (marcar las que correspondan):

Asintomático Diarrea

Diarrea sanguinolenta  Síndrome Hemolítico Urémico

**Hospitalizado[[1]](#footnote-1):** Sí  No  Feha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

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

**Lugar del caso**[[2]](#footnote-2)**:**

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

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

**Importado**[[3]](#footnote-3)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

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

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

**Agente causal[[4]](#footnote-4):** *Escherichia coli* verotoxigénico

**Serogrupo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Antígeno H**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Detección directa del ácido nucleico de los genes:** *stx1*  *stx2*

**Muestra** (marcar las pruebas con resultado positivo):

Heces  Orina  Sangre

**Prueba** (marcar las que tengan resultado positivo):

Aislamiento  Ácido Nucleico, detección

Anticuerpo, detección  Toxina, detección

**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 Atiende a personas enfermas

Trabajador sanitario Trabajador de escuela/guardería

**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

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

Persona a Persona: Durante las prácticas sexuales

Contacto con animales, tejidos de animales, o derivados

Aguas recreativas[[5]](#footnote-5)

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

Agua  Carne y productos cárnicos sin especificar

Fruta  Huevo y derivados

Leche y lácteos sin especificar  Mariscos, crustáceos, moluscos y productos

Mixtos o buffet  Otros alimentos, excluyendo agua

Pescados y productos de pescado

**Alimento más detalles** (marcar una de las siguientes opciones):

Agua embotellada  Agua-Abastecimiento común

Agua-Fuentes/Etc. (no abastecimiento)  Agua-Abastecimiento individual

**Tipo de comercialización del alimento:**

No comercializado

Venta de alimento artesanal

Venta de alimento industrial

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Transporte**  Autobús  Avión  Barco  Tren  Transporte sin especificar  **Comedor colectivo**  Escuela Infantil  Escuela  Instalación docente > 18 años  Hotel  Restaurante/Bar  Otro comedor colectivo | **Instituciones cerradas**  Geriátrico  Prisión o Custodia  Hospital  Instalación sanitaria (excepto hospital)  Otra institución cerrada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Otros ámbitos**  Granja  Instalación militar  Zona específica  Campamento  Laboratorio  Otro ámbito, sin especificar |
| **Familiar**  Hogar  Camping |

**Datos de viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación:** Sí  No

**Lugar del viaje:**

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

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

**Fecha de ida**: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ **Fecha de vuelta**: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Sospechoso[[6]](#footnote-6)

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. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-1)
2. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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-2)
3. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-3)
4. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-4)
5. Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contracto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar. [↑](#footnote-ref-5)
6. Sólo se incluirá como sospechoso el caso que satisface los criterios clínicos de SHU (sin otra causa posible). [↑](#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)