**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 SHIGELOSIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | **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 [ ]  Vómitos [ ]  Fiebre☐ Dolor abdominalOtros (especifique): |  |
| **Hospitalizado** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingresoHaga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital  |  |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Lugar del caso** |
| **País** |  |  **Comunidad autónoma** |  |
| **Provincia** |  |  **Municipio** |  |
| **Importado** | [ ] Sí [ ]  No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  *Shigella dysenteriae* [ ]  *Shigella flexneri* [ ]  *Shigella sonnei* [ ]  *Shigella boydii* [ ]  *Shigella* spp |
| **Tipo de muestra** |  [ ]  Heces [ ]  Biopsia intestinal [ ]  LCR [ ]  Líquido articular |  ☐ Líquido peritoneal ☐ Orina ☐ Sangre ☐ Otra (especifique): |  |
|
| **Prueba** |  [ ]  Aislamiento ☐ PCR |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia [ ]  No | [ ]  Sí | Nº Referencia: |  |

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  [ ] Trabajador de escuela/guardería[ ] Manipulador de alimentos ☐ Trabajador socio-sanitario ☐ Atiende a personas enfermas ☐ Otra  | Centro de trabajo |  |

**Exposición** (marcar las principales)

|  |
| --- |
|  [ ]  Consumo de alimento sospechoso ☐ Consumo de agua de bebida potencialmente contaminada o con contaminación confirmada [ ]  Persona a persona: contacto con un enfermo o portador asintomático [ ]  Persona a persona durante las prácticas sexuales [ ]  Aguas recreativas [ ]  Otra exposición ambiental sospechosa (especificar):  |

**Alimento sospechoso**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Agua**1** |  [ ]  Carne y productos cárnicos |
|  [ ]  Fruta |  [ ]  Huevo y derivados |
|  [ ]  Leche y lácteos, sin especificar |  [ ]  Mariscos, crustáceos, moluscos, etc. |
|  [ ]  Mixto o buffet |  [ ]  Queso |
|  [ ]  Pescados y productos de pescado |  [ ]  Vegetales |
|  [ ]  Repostería |  [ ]  Otros |

 |
| **1Agua,** más detalles [ ]  Agua embotellada  [ ]  Agua del abastecimiento común [ ]  Agua de abastecimiento no común (fuentes, etc.): [ ]  Agua de abastecimiento individual de otro tipo: |   |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Tipo de alimento**

|  |  |
| --- | --- |
| Especificar alimento y marca |  |
| Fecha de consumo del alimento | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**Tipo de comercialización del alimento**

|  |
| --- |
|  [ ]  No comercializado  [ ]  Venta de alimento artesanal [ ]  Venta de alimento industrial |

**Ámbito de exposición**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  [ ]  Hogar  [ ]  Restaurante [ ]  Ámbito escolar [ ]  Institución cerrada [ ]  Transporte  [ ]  Instalación sanitaria  [ ]  Otro | Especificar lugar exposición: |  |

**Datos de viaje**

|  |  |
| --- | --- |
| Viaje durante el periodo de incubación | [ ] Sí [ ]  No |
| **Lugar del viaje** |
| País |  |  C. Autónoma |  |  |
| Provincia |  |  Municipio |  |  |
| Fecha de ida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Fecha de vuelta | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20