**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 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 abdominal  Otros (especifique): | | |  | | | |
| **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. | | | | |
| **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](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20