**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 TOSFERINA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | Apnea  Estridor | | Tos paroxística  Vómitos | | | | | |
| **Complicaciones** | Crisis focales generalizadas  Encefalopatía | | | | | ☐ Neumonía  ☐ Sin complicaciones | | ☐ 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** | *Bordetella pertussis* | | | |
| **Tipo de muestra** | Exudado (naso)faringeo  Suero | | | |
| **Prueba** | Aislamiento   |  | | --- | | Ácido nucleico, detección (PCR)  Detección de anticuerpo (sin especificar)  Anticuerpo (seroconversión) | | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia | | | No  Si, nº referencia: |  |
|  | | | | |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lugar de exposición** | | | | |
| ☐ Asturias | | | | | |
| ☐ En una Comunidad Autónoma distinta de la de residencia, especifica | | |  | | |
| ☐ En un país distinto de España, especifica: | | | | | |
| **País** |  | **Comunidad autónoma** | |  | |
| **Provincia** |  | **Municipio** | |  | |

**DATOS DE VACUNACIÓN**

Vacunado con alguna dosis:  Sí  No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de dosis |  | Fecha última dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. |

Presenta documento de vacunación:  Sí  No

**Para lactantes <6 meses:**

Madre vacunada con dTpa en el embarazo:  Sí  No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semana de gestación en la que se administró la vacunación |  |  |

**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