**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 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20