



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BRUCELOSIS

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____
Declarante: _____ Centro de trabajo: _____
Teléfono: _____
Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
SIP: _____ Historia Clínica: _____
Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [] meses [] días [] Sexo: Hombre [] Mujer []
Domicilio: _____ Municipio: _____
Provincia: _____ Teléfonos: _____
Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____
Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____
Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____
Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No []
Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas ___/___/___ Fecha de diagnóstico ___/___/___

Descripción clínica

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: (Citar): _____

Complicaciones: Sí [] No [] (Citar): _____ Desconocido []

Ingreso en hospital: Sí [] No [] Desconocido Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___
Centro _____ Servicio _____

Situación evolutiva: Caso Nuevo [] Recidiva Actual [] Reinfección [] Desconocido []

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____
Fallecimiento [] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [] Especificar _____ Desconocida []

DATOS LABORATORIO

Aislamiento: Positivo [] Negativo [] No realizado [] Pendiente [] Dudoso [] Desconocido []

Muestra: Sangre [] Líquido Cefaloraquídeo [] Líquido Sinovial [] Otros [] Desconocido []

Fecha ___ / ___ / ___

Especie *Brucella* aislada: _____ Fecha ___ / ___ / ___**Serología:**

	Fecha	Técnica	IgM	IgG
1ª Serología:				
2ª Serología:				
Aglutinación		Títulos		
COOMBS		Títulos		
Rosa de Bengala	Positivo [] Pendiente []	Negativo [] Dudoso []	No Realizado [] Desconocido []	Fecha ___ / ___ / ___

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Pertenece a BROTE [] Caso aislado [] Pendiente [] Agregación [] Desconocido []

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

TIPO DE CASO: Autóctono [] Importado [] País _____

Extracomunitario [] C. Autónoma _____ Pendiente [] Desconocido []

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [] Confirmado [] Error Diagnóstico [] Pendiente [] Desconocido []

Contacto con animales:

Continuo [] Esporádico [] No contacto [] Desconocido []

Animales: Cabras [] Ovejas [] Vacas [] Cerdos [] Otros [] Citar: _____

Desconocido []

Tipo de contacto: Animal vivo [] Abortos, envolturas fetales, etc [] Limpieza de establos []

Laboratorio [] Canales, sangre, vísceras [] Otros (citar) []

Ganado saneado: Sí [] No [] Desconocido [] % de positivos: _____

Ganado vacunado: Sí [] No [] Tipo y pauta vacuna: _____

Antecedentes de abortos: Sí [] No [] Desconocido []

Reposición de ganado de otras explotaciones: Sí [] No [] Desconocido []

Accidente vacunal: Sí [] No [] Desconocido []**Profesión de riesgo:**

Ganadero o pastor [] Trabaja en matadero [] Veterinario [] No profesión de riesgo []

Otras [] Especificar: _____ Desconocida []

Alimentos: Queso fresco [] Leche fresca [] Requesón [] Carne cruda [] Otros [] Desconocida []

Especificar otros alimentos de riesgo: _____

Procedencia de los alimentos (marca, lugar, fecha de compra y tipo de elaboración, artesanal o industrial): _____

Mecanismo de transmisión: Directo [] Indirecto [] Mixto [] Desconocido []

Estudio de contactos: Sí [] No [] No procede [] Desconocido []

Nº de casos nuevos detectados _____

Observaciones _____