Conselleria de Sanitat
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

La información contenida en esta encuesta es confidencial y su uso es estrictamente sanitario (Ley 14/1986, General de Sanidad, art. 10.3)

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CARBUNCO

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 Diagnóstico ___/___/___

Forma clínica: Carbunco cutáneo [ ] Zona de lesión: _____

Carbunco respiratorio [ ] Carbunco gastrointestinal [ ] Carbunco orofaríngeo [ ]

Desconocido [ ]

Sintomatología: _____

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

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

Centro _____ Servicio _____

Tratamiento: _____

Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar _____

Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [ ] Especificar _____ Desconocida [ ]

DATOS LABORATORIO

Serología:

	Fecha	Técnica	Resultado/Título
1ª Serología	___/___/___		
2ª Serología	___/___/___		

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

Fecha: ___/___/___ Muestra _____

Otras técnicas: (especificar técnica, resultado y fecha): _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

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

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

CLASIFICACIÓN CASO:

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

BIOTERRORISMO:

Sí [ ] No [ ] Fecha de exposición: ___/___/___ Desconocido [ ]

Especificar circunstancias de BIOTERRORISMO: _____

_____

Quimioprofilaxis: Sí [ ] No [ ] No se le ha recomendado [ ] Desconocido [ ]

Contacto con animales:

Contínuo [ ] Esporádico [ ] No Contacto [ ] Desconocido [ ]

Especificar especie/s: _____

Contacto con sus productos:

Piel [ ] Cuero [ ] Lana [ ] Pelo [ ] Si contacto [ ] No contacto [ ] Desconocido [ ]

Tipo de contacto con animales o sus productos:

Profesional [ ] No Profesional [ ] Especificar _____ Desconocido [ ]

Consumo de animal sospechoso: Sí [ ] No [ ] Especificar animal/es _____

Especificar procedencia de la carne _____ Desconocido [ ]

Contacto con tierras o excavaciones: Sí [ ] No [ ] Especificar _____ Desconocido [ ]

Observaciones: _____

_____

_____

Medidas Adoptadas: _____

_____