



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 DIFTERIA

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 ___/___/___

Descripción clínica:

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor/Inflamación de ganglios linfáticos cervicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronquera/ tos intensa/ estridor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membrana faríngea adherente con inflamación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas severos (postración, coma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas cutaneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas (Citar): _____

Localización anatómica:

Tonsilar [] Faríngea [] Laríngea/Traqueal [] Nasal [] No respiratoria [] Desconocido []

Severidad clínica: Leve [] Moderada [] Severa [] Asintomática []

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

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

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

TRATAMIENTO

Antibióticos [] Antitoxina [] Ambos [] Desconocido []
 Fecha antibiotico ___/___/___ Desconocida [] Dosis/día, duración _____
 Fecha antitoxina ___/___/___ Desconocida [] Total dosis _____

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra recogida _____

Cultivo: Positivo [] **Tipo:** Mitis [] **Toxigenicidad:** No toxígeno []
 Negativo [] Intermedius [] Toxigénico []
 No realizado [] Gravis [] Desconocido []
 Positivo [] No tipado []
 Positivo []
 Positivo []

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 []

Contacto con caso: Sí [] No [] Desconocido []

¿Ha recibido vacuna frente a Difteria? Sí [] No [] Desconocido []

Vacunación Completa [] Incompleta [] No vacunado [] Desconocido []

Nº Dosis recibidas _____

Nombre Vacuna _____ Lote _____ Fecha aproximada ___/___/___

Nombre Vacuna _____ Lote _____ Fecha aproximada ___/___/___

Nombre Vacuna _____ Lote _____ Fecha aproximada ___/___/___

Fecha última dosis ___/___/___

Presenta documento de vacunación: Sí [] No []

¿Ha realizado un viaje recientemente? Sí [] No [] Desconocido []

	PAÍS	FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA
PAÍS 1	_____	___/___/___	___/___/___
PAÍS 2	_____	___/___/___	___/___/___
PAÍS 3	_____	___/___/___	___/___/___

Fecha de regreso a España: ___/___/___

Motivo de estancia: Turismo [] Inmigración [] Trabajador temporal [] Otro [] Desconocido []

Si es extranjero, lugar de origen _____ Fecha de llegada a España ___/___/___

Personas con las que ha contactado en los últimos 7 días:

1.- _____ Viene de zona endémica Sí [] País: _____ No []
 2.- _____ Viene de zona endémica Sí [] País: _____ No []
 3.- _____ Viene de zona endémica Sí [] País: _____ No []
 4.- _____ Viene de zona endémica Sí [] País: _____ No []
 5.- _____ Viene de zona endémica Sí [] País: _____ No []

Observaciones: _____