



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

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"/> |
| Malestar general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bradycardia relativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Esplenomegalia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exantema en tronco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrea | <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 _____

Tratamiento: _____

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

DATOS LABORATORIO**Serología:**

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

Confirmación:

Coprocultivo Positivo [] Negativo [] No realizado [] Pendiente [] Dudoso [] Desconocido []

Fecha ___/___/___ Germen aislado: _____

Hemocultivo Positivo [] Negativo [] No realizado [] Pendiente [] Dudoso [] Desconocido []

Fecha ___/___/___ Germen aislado: _____

Fecha de negativización de coprocultivo (3 muestras): 1ª ___/___/___ 2ª ___/___/___ 3ª ___/___/___

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 []

Vacunación antitifoidea previa: Sí [] No [] Tipo de vacuna: _____

Fecha de vacunación: ___/___/___

Viajes o cambios de domicilio, en las 4 últimas semanas: Sí [] No []

Citar lugares: _____

Consumo de agua:

Controlada sanitariamente [] No controlada sanitariamente [] Desconocido []

Si el agua es NO controlada especificar origen _____

¿ Ha consumido Alimentos sólidos o líquidos sospechosos en los últimos 4 días?

Sí [] No [] Desconocido []

Alimento

Lugar de adquisición

Lugar de consumo

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Contacto con caso: Sí [] No [] Desconocido [] (en caso de contacto especificar nombre del contacto)

Mecanismo de transmisión: Directo (persona-persona) [] Indirecto [] Mixto [] Desconocido []

Observaciones _____
