



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 LEGIONELOSIS

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 []

RESIDENCIA COMUNIDAD VALENCIANA

Domicilio: _____ Municipio: _____
Provincia: _____ Teléfonos: _____

RESIDENCIA HABITUAL FUERA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (SI PROCEDE)

Domicilio: _____ Municipio: _____
País: _____ Teléfonos: _____

Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No []

ACTIVIDAD LABORAL

Ocupación: _____ Empresa: _____
Sección: _____ Dirección empresa: _____
Municipio (empresa): _____ Teléfonos: _____

RIESGO DATOS A CUMPLIMENTAR POR SSCC

Municipio de Riesgo _____ Área _____
Edificio de Riesgo _____ Domicilio de Riesgo _____
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"/>
Neumonía	<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"/>
Diarrea/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desconocido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar Otros síntomas _____

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

Especificar complicaciones:

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

Centro _____ Servicio _____

Tratamiento: _____

Forma clínica: Neumonía [] F. Pontiac [] Desconocida []

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____

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

DATOS LABORATORIO

	(+)	(-)	No realizado	Pend.	Dudo/Indet.	Desc.	Fecha	Título
Aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seroconversión (L.pneumófilaSG1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1ª muestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2ª muestra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antígeno en orina (L.pneumófilaSG1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tinción directa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Título alto (>256) en suero único (L.pneum.SG1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seroconversión (a otras especies y SG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Antígeno orina definitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Bacteria: _____

Serogrupo: 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] 10 []
11 [] 12 [] 13 [] 14 [] 5,8 [] 4,5,8 [] 4,8 [] 4,8,14 []

Subtipo 1: PONTIAC [] OLDA [] BELLINGHAN [] NT []

Subtipo 2: KNOXVILLE [] PHILADELPHIA []

AFLP: I [] II [] III [] IV [] V [] VI [] Ia [] Ib [] IIa [] IIb []

PFGE: I [] II [] III [] IV [] V [] VI [] Ia [] Ib [] IIa [] IIb []

Patrón Molecular: A [] B [] C [] D [] E [] F [] G [] H []

Se remiten muestras al Instituto Cabanilles:

No [] Sí []

Tipo de muestra:

1. Esputo o aspirado bronquial: Fecha remisión ___/___/___ Secuenciación molecular: Sí [] No []

2. Cultivo: Fecha remisión ___/___/___ Secuenciación molecular: Sí [] No []

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Caso aislado [] Pendiente [] Desconocido [] Agregación/Cluster [] N° Agreg. _____
Pertenece a BROTE [] IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

DECLARACIÓN EWGLI: Sí [] No [] N° Ewgli _____ N° Agregación Ewgli _____

TIPO DE CASO: Autóctono [] Importado [] País _____
Extracomunitario [] C. Autónoma _____ Pendiente [] Desconocido []

CLASIFICACIÓN CASO: Probable [] Confirmado [] Pendiente [] Error Diagnóstico [] Desconocido []

ÁMBITO: Comunitario [] Asociado a viajes [] Nosocomial [] Laboral [] Desconocido []

FACTORES PREDISPONENTES:

Fumador Sí [] No []
Enfermedad respiratoria crónica Sí [] No []
Cardiopatía crónica Sí [] No []
VIH/SIDA: Sí [] No []
Otras inmunodeficiencias Sí [] No [] Especificar: _____

EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL (15 días previos al inicio de síntomas)

ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIONES: Sí [] No [] Fecha ingreso: ___/___/___ Fecha alta: ___/___/___
Hospital: _____ Servicio: _____ N° Habitación: _____

ANTECEDENTES DE VIAJES: Sí [] No []

Hotel*: _____ N° Habitación: _____ Localidad: _____ Fecha entrada: ___/___/___ Fecha salida: ___/___/___
Hotel*: _____ N° Habitación: _____ Localidad: _____ Fecha entrada: ___/___/___ Fecha salida: ___/___/___

(*)Hotel, Balneario, Camping

AMBOS CASOS (Hospitalización o viaje previo)

¿Tenía aire acondicionado?: Sí [] No [] ¿Lo conectó?: Sí [] No []
¿Tenía calefacción?: Sí [] No [] ¿La conectó?: Sí [] No []

Utilizó: Baño [] Ducha [] ¿Cuántas veces?

OTRAS EXPOSICIONES AMBIENTALES:

Torres de refrigeración Sí [] No [] Desconoce []
Surtidores de agua (fuentes, aspersores..) Sí [] No [] Desconoce []
Reparaciones en la red de agua potable Sí [] No [] Desconoce []
Movimientos de tierra/Excavaciones Sí [] No [] Desconoce []
Piscinas, Baños, Jacuzzi Sí [] No [] Desconoce []

Observaciones: _____

ANEXO I

INVESTIGACIÓN DE CASOS DE LEGIONELOSIS COMUNITARIOS/ESPORÁDICOS

VIVIENDAS UTILIZADAS EN LOS 15 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE SÍNTOMAS

	1ª Vivienda	2ª Vivienda	---
Tipo de vivienda (Edificio, Unifamiliar)			
Domicilio			
Municipio			
Fecha estancia: Entrada / Salida			
Procedencia del agua: (Red, Pozo, Algibe, No consta)			
Existe depósito de agua: (Sí, No Desc.)			
Fecha última limpieza			
Ha sufrido cortes de agua: (Sí, No, No consta)			
Ha realizado obras de fontanería (Sí, No, No consta)			
Tipo de calentador de agua: (gas, elec. no consta)			
Tipo de ducha: (a chorro, difusor, cabina, no consta)			
Bañera de hidromasaje: (Sí, No, No consta)			
Cisterna WC abierta:(Sí, No, No consta)			
Tiene aparato de AA: (Sí, No, No consta)			
Utiliza agua el climatizador del aparato de AA: (Sí, No ,No consta)			
Utiliza humidificadores: (Sí, No, No consta)			
Ha tenido excavaciones/obra cerca: (Sí, No, No consta)			

ACTIVIDAD LABORAL EN LOS 15 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS

Como se desplaza al trabajo:(Andando, Tra.pú, Vehículo propio.)	
Horas/días de permanencia	
Uso de prendas de protección personal: (Sí, No, No consta)	
Conoce si existe alguna instalación de riesgo: (Sí No, No consta)	
Hay climatización en el trabajo: (Sí, No, No consta)	
Utiliza agua el climatizador: (Sí, No,No consta)	
Se generan aerosoles: (Sí, No, No consta)	
Se utiliza agua a presión : (Sí, No, No consta)	
Se ducha habitualmente en la empresa: (Sí, No, No consta)	
Cuántas veces en los 10 días previos	
Lugar de almuerzo y/o comida: (Cantina, Res., Domicilio)	
Si realizó desplazamientos especificar fecha y lugares	

ACTIVIDAD / OCIO / TIEMPO LIBRE EN LOS 15 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE SÍNTOMAS

F. INICIO SINTOMAS_ / __ / __	-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7	-8	-9	-10	-11	-12	-13	-14	-15
Acude al trabajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Utiliza 2ª vivienda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ha realizado o salido de compras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ha acudido a algún centro sanitario	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ha realizado papeleos, o ido a bancos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Restaurantes y bares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pubs, terrazas y discotecas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Clubs y asociaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Visitas a familiares y amigos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paseos, visitas a parques o jardines	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iglesias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cines o espectáculos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gimnasio, piscina o polideportivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sauna, jacuzzi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

En cada uno de los apartados en caso afirmativo señalar en el día correspondiente.

Especificar en la 2ª línea: Nombre / Municipio / Dirección

Se aísla germen en el agua: Sí [] No [] No se recoge muestra [] Descripción del germen: _____

Fecha remisión informe al C.N.E. ___/___/___

CUALQUIER OTRA OBSERVACIÓN QUE CONSIDERE DE INTERÉS