



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"/>							
Seroconversión (L.pneumófilaSG1)	<input type="checkbox"/>							
1ª muestra	<input type="checkbox"/>							
2ª muestra	<input type="checkbox"/>							
Antígeno en orina (L.pneumófilaSG1)	<input type="checkbox"/>							
Tinción directa	<input type="checkbox"/>							
Título alto (>256) en suero único (L.pneum.SG1)	<input type="checkbox"/>							
Seroconversión (a otras especies y SG)	<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. Espudo 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 espectaculos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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**