

Nº de caso: _____ Nº de HC: _____ Año: _____ Semana nº _____ que termina el domingo día _____

DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Apellidos y Nombre: _____ NIF: _____ CIP: _____
 Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Edad (años): _____ Sexo (H/M): _____ País: _____
 Provincia: _____ Localidad: _____ Desplazado
 ZBS: _____ Dirección: _____ CP: _____ Teléfono: _____
 Centro de trabajo o enseñanza: _____
 Situación laboral / Ocupación: _____ / _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: _____

Descripción clínica:

Signos/Síntomas	SI	NO	NC
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia, malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenopatías (localización):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión cutánea (tipo/localización):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afectación ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afectación faríngea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma clínica:

- Ulceroganglionar** (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional) **Intestinal** (dolor abdominal, vómitos y diarrea)
- Ganglionar** (linfadenopatía regional sin úlcera) **Neumónica** (enfermedad pleuropulmonar primaria)
- Oculoganglionar** (conjuntivitis con linfadenopatía preauricular) **Tifoídica** (enfermedad febril sin localización precoz de signos o síntomas)
- Orofaringea** (estomatitis o faringitis o tonsilitis y linfadenopatía cervical)

Tratamiento antibiótico: _____ Pauta: _____

Fecha fin de tratamiento: _____

Complicaciones: _____

Ingreso en hospital: SI NO Fecha de hospitalización: _____

Centro: _____ Servicio: _____

Fecha de alta: _____

Evolución: Recuperación Fallecimiento Fecha _____ Desconocida

DATOS DE LABORATORIO

1ª serología NO SÍ Fecha: _____ Técnica: _____ Título: _____
 Resultado: Positivo Negativo

2ª serología NO SÍ Fecha: _____ Técnica: _____ Título: _____
 Resultado: Positivo Negativo

Cultivo Fecha: _____ Tipo de muestra: _____ Positivo NO SÍ
 Tipo de Francisella: _____

Otros: _____ Fecha: _____ Tipo de muestra: _____ Positivo NO SÍ

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tipo de presentación: _____ **Tipo de caso:** _____

Factores de riesgo:

Cazador: SÍ NO Contacto con animales en los últimos 3 meses: SÍ NO
 Especie de animal (especificar): _____

Contacto con cadáver: SÍ NO Despellejamiento: SÍ NO Manipulación: SÍ NO
 Especie de animal (especificar): _____
 Fecha: _____ Coto/paraje de procedencia: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Consumo de carne de caza: SÍ NO
 Coto/paraje de procedencia: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Contacto con roedores: SÍ NO Fecha: _____
 Coto/paraje de procedencia: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Contacto con otros animales: SÍ NO Fecha: _____
 Tipo de animal: Ganado Peces Crustáceos Aves
 Otros Especificar: _____
 Paraje de procedencia: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Picadura de garrapatas: SÍ NO Fecha: _____
 Paraje: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Contacto y/o consumo de agua no clorada: SÍ NO
 Procedencia del agua: Río Pozo Fuente Otros: _____ Fecha: _____
 Paraje de procedencia del agua: _____
 Municipio: _____ Provincia: _____

Exposición medioambiental: SÍ NO Fecha: _____

Tipo de actividad: Agrícolas Hortofrutícolas De jardinería
 Otras relacionadas con el medio ambiente Especificar: _____

Paraje de procedencia: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Observaciones:

Medidas adoptadas:

MÉDICO DECLARANTE

Fecha de declaración: _____ Año: _____ Semana n° _____ que termina el domingo día _____

Apellidos y Nombre: _____ CIAS: _____

Centro Sanitario: _____ Teléfono: _____

Provincia: _____ Municipio: _____