

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:

Síntomas:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre _____ °C | <input type="checkbox"/> Septicemia | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Meningoencefalitis |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> Abcesos | <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ |

En mujer embarazada:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Mortinato | <input type="checkbox"/> Parto | <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|

En neonato:

- | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Granulomatosis infantiséptica | <input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas mucosas o del tejido conjuntivo | <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ |
|---------------------------------|--|--|---|

Ingreso en hospital: SI NO Fecha de hospitalización: _____

Centro: _____ Servicio: _____

Defunción: NO SI NC Fecha: _____

LOCALIZACIÓN DEL CASO

País:

Caso importado:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
|-----------------------------|-----------------------------|

Comunidad Autónoma: _____

Provincia:

Municipio: _____

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: _____

Fecha de diagnóstico del laboratorio: _____

Agente Listeria monocytogenes

Serotipo: 1/2a 1/2b 1/2c 3a 3b 3c
 4a 4ab 4b 4c 4d 4e 7 Otro _____

Serogrupo por Grupo 1 (1/2a, 3a) Grupo 2 (1/2c, 3c) Grupo 3 (1/2b, 3b, 7)
 Grupo 4 (4b, 4d, 4e) Otro serogrupo _____

Tipo de muestra: Exudado conjuntival Exudado nasofaríngeo
 LCR Muestra normalmente estéril, sin especificar
 Sangre Muestras no estériles, sin especificar

Prueba: Aislamiento

Envío de muestras al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): No Sí

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR :

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación de riesgo:

Manipulador de alimentos

Atiende a personas

Trabajador sanitario

Trabajador de escuela/guardería

Factor predisponente personal:

Embarazo

Recién nacido

Inmunodeficiencia

Otro _____

Exposición:

Consumo de alimento

Persona a persona: Madre-Hijo

Asociada a cuidados sanitarios

Alimento sospechoso:

Carne y productos cárnicos sin especificar
 Huevo y derivados
 Mariscos, crustáceos, moluscos y productos
 Mixtos o buffet
 Queso
 Vegetales

Fruta
 Leche y lácteos sin especificar
 Miel
 Pescados y productos de pescado
 Repostería
 Otros alimentos excluyendo agua

Alimento más detallado:

Alimento crudo

Venta de alimento artesanal

Venta de alimento industrial

Tipo de confirmación del alimento:

Evidencia epidemiológica

Evidencia de laboratorio

Evidencia epidemiológica y de laboratorio

Alimento agente Listeria monocytogenes

Serotipo: 1/2a 1/2b 1/2c 3a 3b 3c
 4a 4ab 4b 4c 4d 4e 7 Otro _____

Ámbito de exposición

Transporte

Autobús

Avión

Barco

Tren

Transporte sin especificar

Comedor colectivo

Escuela infantil

Escuela

Instalación docente >18

Hotel

Restaurante/Bar

Otro comedor colectivo

Familiares

Hogar

Camping

Instituciones cerradas

Geriátrico

Prisión o custodia

Hospital

Instalación sanitaria excepto hospital

Institución para deficientes psíquicos

Otra Institución cerrada

Otros Ámbitos

Granja

Instalación militar

Zona específica

Campamento

Laboratorio

Otro ámbito sin especificar

LUGAR DEL VIAJE

Viaje durante el periodo de incubación.:

SI

NO

País: _____

Comunidad Autónoma: _____

Provincia: _____

Municipio: _____

Fecha de ida: _____

Fecha de vuelta: _____

Observaciones:

CATEGORIZACIÓN

Clasificación del Caso:

Probable Confirmado

Criterios de Clasificación del Caso:

	Sí	No
Criterio clínico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Criterio epidemiológico	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Criterio de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso asociado a brote

Identificador del Brote: _____

C. Autónoma de declaración del Brote: _____

MÉDICO DECLARANTE

Fecha de declaración: _____ Año: _____ Semana nº _____ que termina el domingo día _____

Apellidos y Nombre: _____ CIAS: _____

Centro Sanitario: _____ Teléfono: _____

Provincia: _____ Municipio: _____