



## 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 esteriles, 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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos sin especificar | <input type="checkbox"/> Fruta                           |
| <input type="checkbox"/> Huevo y derivados                          | <input type="checkbox"/> Leche y lácteos sin especificar |
| <input type="checkbox"/> Mariscos, crustáceos, moluscos y productos | <input type="checkbox"/> Miel                            |
| <input type="checkbox"/> Mixtos o buffet                            | <input type="checkbox"/> Pescados y productos de pescado |
| <input type="checkbox"/> Queso                                      | <input type="checkbox"/> Repostería                      |
| <input type="checkbox"/> Vegetales                                  | <input type="checkbox"/> Otros alimentos excluyendo agua |

### Alimento más detalles:

- 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  | Comedor colectivo                                | Familiares                       | Instituciones cerradas  | Otros Ámbitos  |
|---|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autobús                    | <input type="checkbox"/> Escuela infantil        | <input type="checkbox"/> Hogar   | <input type="checkbox"/> Geriátrico                             | <input type="checkbox"/> Granja                      |
| <input type="checkbox"/> Avión                      | <input type="checkbox"/> Escuela                 | <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Prisión o custodia                     | <input type="checkbox"/> Instalación militar         |
| <input type="checkbox"/> Barco                      | <input type="checkbox"/> Instalación docente >18 |                                  | <input type="checkbox"/> Hospital                               | <input type="checkbox"/> Zona específica             |
| <input type="checkbox"/> Tren                       | <input type="checkbox"/> Hotel                   |                                  | <input type="checkbox"/> Instalación sanitaria excepto hospital | <input type="checkbox"/> Campamento                  |
| <input type="checkbox"/> Transporte sin especificar | <input type="checkbox"/> Restaurante/Bar         |                                  | <input type="checkbox"/> Institución para deficientes psíquicos | <input type="checkbox"/> Laboratorio                 |
|   | <input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo  |                                  | <input type="checkbox"/> Otra Institución cerrada               | <input type="checkbox"/> 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

Criterio epidemiológico

Criterio de laboratorio

Caso asociado a brote

Identificador del Brote:

\_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del Brote:

\_\_\_\_\_

## MÉDICO DECLARANTE

Fecha de declaración: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ Semana n° \_\_\_\_\_ que termina el domingo día \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ CIAS: \_\_\_\_\_

Centro Sanitario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_