

**Datos de identificación del enfermo**

Apellidos:..... Nombre: .....

Domicilio:..... Nº:..... Piso:..... Teléfono:.....

Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....

Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses  Años

País de nacimiento: España  Otros  Especificar:..... Año de llegada a España:.....

Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar): .....

**Datos clínicos**

Fecha de inicio de los primeros síntomas:...../...../.....

Síntomas:.....

Ingreso en hospital: No   
 Si  → Fecha de hospitalización: ..... /..... /.....  
 No consta  Centro: .....  
 Servicio:.....

Diagnóstico de brucelosis anterior: No   
 Si  → Fecha aproximada: ..... /..... /.....  
 No consta

Si es posible, precisar si se trata de: Reinfección  Recidiva

**Datos de laboratorio**

Serología: No   
 Si  → 1. Técnica:.....  
 No consta  Título:..... Fecha de extracción:..... /..... /.....  
 2. Técnica:.....  
 Título:..... Fecha de extracción:..... /..... /.....

Seroconversión: No   
 Si  → 1. Técnica:.....  
 No consta  Título 1ª muestra:..... Fecha de extracción:..... /..... /.....  
 Título 2ª muestra:..... Fecha de extracción:..... /..... /.....

Cultivo: No realizado/No consta   
 No aislamiento de *Brucella*   
 Aislamiento  → Tipo de muestra: ..... Fecha:..... /..... /.....  
 Especie de *Brucella* aislada: *B. melitensis*  *B. suis*   
*B. abortus*  *B. canis*   
*Brucella sp.*

Otra técnica: .....

**Datos epidemiológicos**

Tipo de trabajo o actividad que realiza: .....

Puesto de trabajo:..... Centro de trabajo:.....

Dirección:..... Municipio:.....

Teléfono:.....

Contacto con ganado o derivados: No consta   
 No   
 Si  → Animal vivo  Limpieza de establos   
 Placentas, fetos, anejos fetales animales o similares   
 Canales, sangre, vísceras  Accidente vacunal   
 Leche  Otros  Especificar: .....

Tipo de contacto: Esporádico  Habitual   
 Contacto laboral: Si  No  No consta   
 Especie animal: Ovino  Caprino  Bovino  Porcino  Canino  Equino

Contacto en la Comunidad de Madrid: Si  Dirección municipio.....  
 No  → Comunidad Autónoma:.....  
 Municipio y dirección:.....

Contacto con productos de laboratorio: Si  No  No consta

Consumo de productos lácteos en los 6 meses anteriores a los síntomas: No  No recuerda  Si

Leche: Pasteurizada, UHT  Hervida  Cruda  Tipo de leche, marca:.....  
 Datos del fabricante (Razón social, domicilio, marca sanitaria, lote y fecha caducidad):.....  
 Lugar y fecha de adquisición:.....

Queso fresco/blando: Oveja  Vaca  Cabra  Mixto  Desconocido  Industrial   
 Marca:..... Lugar y fecha de adquisición:.....  
 Datos del fabricante (Razón social, domicilio, marca sanitaria, lote y fecha caducidad):.....

Sin marca/origen desconocido  Lugar/fecha de adquisición:.....  
 Elaboración propia  Lugar de elaboración:.....  
 Otros derivados lácteos  Especificar tipo, origen y datos del fabricante:.....

Lugar de consumo: Domicilio  Restaurante  Otro  Especificar:.....

Tipo de caso: 1. Sospechoso/Probable  Confirmado   
 2. Aislado  Asociado a brote  Desconocido   
 3. Alimentario  Profesional  Otro origen

Localización del riesgo: C. Madrid  → Área sanitaria.....  
 Otra CCAA  → .....

Observaciones:.....  
 .....

**Datos del notificador**

Nombre:.....

Centro de Trabajo:.....

Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....