



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
Fecha de declaración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cefalea                             | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos                         | <input type="checkbox"/> Fallo renal   | <input type="checkbox"/> Fiebre           |
| <input type="checkbox"/> Hemoptisis y síntomas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hemorragias   | <input type="checkbox"/> Ictericia        |
| <input type="checkbox"/> Meningitis                          | <input type="checkbox"/> Mialgia       | <input type="checkbox"/> Miocarditis      |

Hospitalizado<sup>1</sup>: Sí  No

Defunción: Sí  No

Lugar del caso<sup>2</sup>:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

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

Importado<sup>3</sup>: Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico de laboratorio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agente causal<sup>4</sup> (marcar una de las siguientes opciones):

- Leptospira interrogans*  
 *Leptospira spp*  
 *Leptospira*, otras especies

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> LCR   | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal |
| <input type="checkbox"/> Orina | <input type="checkbox"/> Sangre             |

Prueba (marcar la prueba positiva en la muestra principal):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Nucleico, detección  | <input type="checkbox"/> Aislamiento     |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpo, seroconversión | <input type="checkbox"/> Anticuerpo, IgM |
| <input type="checkbox"/> Inmunofluorescencia        |  |

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_

Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>2</sup> Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

<sup>3</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>4</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Manipulador de alimentos  | <input type="checkbox"/> Manipulador de animales       |
| <input type="checkbox"/> Medioambiental: agua      | <input type="checkbox"/> Medioambiental: animal        |
| <input type="checkbox"/> Medioambiental: suelo     | <input type="checkbox"/> Trabajador de la construcción |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de laboratorio | <input type="checkbox"/> Trabajador en barco           |

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Aerosol  
 Aire (excepto aerosoles)  
 Aguas recreativas<sup>5</sup>  
 Lesión ocupacional  
 Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados  
 Otra exposición ambiental<sup>6</sup>

**Animal sospechoso** (marcar el principal de las siguientes opciones):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Animal de caza mayor | <input type="checkbox"/> Animal de caza menor | <input type="checkbox"/> De granja     |
| <input type="checkbox"/> Gato                 | <input type="checkbox"/> Mascota Exótica      | <input type="checkbox"/> Mascota, otra |
| <input type="checkbox"/> Mono                 | <input type="checkbox"/> Murciélago           | <input type="checkbox"/> Otro animal   |
| <input type="checkbox"/> Otro Salvaje libre   | <input type="checkbox"/> Perro                | <input type="checkbox"/> Roedor        |
| <input type="checkbox"/> Salvaje cautivo      | <input type="checkbox"/> Zorro                |  |

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras     | <input type="checkbox"/> Alcantarillado | <input type="checkbox"/> Boscoso   |
| <input type="checkbox"/> Fosa séptica       | <input type="checkbox"/> Fuente         | <input type="checkbox"/> Humedal   |
| <input type="checkbox"/> Inundación         | <input type="checkbox"/> Lago           | <input type="checkbox"/> Pozo      |
| <input type="checkbox"/> Río                | <input type="checkbox"/> Rural          | <input type="checkbox"/> Selvático |
| <input type="checkbox"/> Terreno encharcado | <input type="checkbox"/> Urbano         |                                    |

**Datos de viaje:**

Viaje durante el periodo de incubación: Sí  No

Lugar del viaje:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

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

Fecha de ida: \_\_-\_\_-\_\_ Fecha de vuelta: \_\_-\_\_-\_\_

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable  
 Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

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

**Asociado:**

A brote: Sí  No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>7</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES<sup>8</sup>**

<sup>5</sup> Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.

<sup>6</sup> Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...

<sup>7</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>8</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta