



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):

- Asintomático Linfadenopatía inguinal Úlcera genital
 Proctitis Cervicitis Uretritis
 Otra

Complicaciones: Sí No

Hospitalizado¹: Sí No

Secuelas: Sí No

Defunción: Sí No

Lugar del caso²:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____

Agente causal⁴: *Chlamydia trachomatis*

Serotipo (marcar una de las siguientes opciones):

- L1 L2 L3 Otro

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- Úlcera genital Exudado uretral
 Exudado rectal Exudado vaginal
 Exudado cervical Exudado nasofaríngeo
 Exudado faríngeo Exudado conjuntival
 Orina Muestra normalmente estéril, sin especificar

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

- Aislamiento
 Ácido Nucleico, detección

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

Resultados de VIH: Positivo Negativo No realizado

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

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



DATOS DEL RIESGO

Factor predisponente personal (hasta 4 de las siguientes opciones):

- Transexual Usuario de prostitución
 Ejercicio de la prostitución Uso de preservativo en la última relación sexual

Infección/Enfermedad concurrente (hasta 11 de las siguientes opciones):

- Sífilis Gonococia
 Condiloma acuminado Herpes genital
 Hepatitis A Hepatitis B
 Hepatitis C Molluscum contagiosum
 Pediculosis Escabiosis
 ITS sin especificar

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Persona a persona: Heterosexual
 Persona a persona: Homo/bisexual
 Persona a persona: Sexual sin especificar

Exposición - Número de parejas sexuales (últimos 12 meses): _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Probable Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

- Criterio clínico Sí No
Criterio epidemiológico Sí No
Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁵: _____

OBSERVACIONES⁶

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁶ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta