

**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: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

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):

*Salmonella enterica* - no typhi/paratyphi

*Salmonella* spp

Serotipo<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_

Subespecie (marcar una de las siguientes opciones):

Subespecie I (enterica)  Subespecie II (salamae)

Subespecie IIIa (arizonae)  Subespecie IIIb (diarizonae)

Subespecie IV (houtenae)  Subespecie VI (indica)

<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 caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.

<sup>5</sup> Serotipo: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



**Grupo Somático<sup>6</sup>:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Muestra** (marcar las que tengan resultado positivo):

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biopsia intestinal | <input type="checkbox"/> Heces              | <input type="checkbox"/> LCR    |
| <input type="checkbox"/> Líquido articular  | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal |                                 |
| <input type="checkbox"/> Orina              | <input type="checkbox"/> Pus                | <input type="checkbox"/> Sangre |

**Prueba:**

- Aislamiento

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

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

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

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- 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>6</sup> Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.

<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