

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"/> Calcificaciones cerebrales bilaterales | <input type="checkbox"/> Ceguera |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Coriorretinitis |
| <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia |
| <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Microcefalia |
| <input type="checkbox"/> Prematuro | <input type="checkbox"/> Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> Retardo psicomotor | <input type="checkbox"/> Otra |

Hospitalizado¹: Sí No

Defunción: Sí No

Lugar del caso²:

País: _____ **C. Autónoma:** _____

Provincia: _____ **Municipio:** _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____/____/____

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____

Agente causal⁴: *Toxoplasma gondii*

Muestra (marcar hasta dos de las muestras con resultado positivo):

- Cordón umbilical
- Líquido céfaloaraquídeo (LCR)
- Líquido amniótico
- Orina
- Sangre
- Suero

Prueba (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

- Ácido Nucleico, detección
- Aislamiento

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

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

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.



- Anticuerpo, detección
- Anticuerpo, IgA
- Anticuerpo, IgG
- Anticuerpo, IgM
- Visualización

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DEL RIESGO

Exposición: Persona a Persona: Madre-Hijo

Datos de la madre:

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

- Manipulador de animales
- Medioambiental: animal
- Medioambiental: suelo

Factor predisponente personal:

- Inmunodepresión

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Alimentario
- Animal
- Otro medioambiental

Tipo de animal:

- Gato

Embarazo - Diagnóstico y asistencia durante embarazo (marcar las que correspondan):

- Clínica compatible
- Embarazo con asistencia médica

Test durante el embarazo (marcar una de las siguientes opciones):

- Realizado con técnicas de imagen
- Realizado con test de screening
- No realizado

Edad en años al parto: _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso

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: _____

OBSERVACIONES ⁶

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