



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

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de diagnóstico de laboratorio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Agente causal<sup>3</sup> (marcar una de las siguientes opciones):  
 *Yersinia enterocolitica*  *Yersinia pseudotuberculosis*  
 *Yersinia spp*  *Yersinia*, otras especies

**Serogrupo** (marcar una de las siguientes opciones cuando la especie sea *enterocolitica* o *pseudotuberculosis*):

1  2  3  5\_27  8  9  Otro

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Biopsia intestinal  Heces  
 Sangre  LCR  
 Muestra estéril, sin especificar

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

<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> Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

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 brote<sup>4</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES<sup>5</sup>**

---

<sup>4</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>5</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta