

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEGIONELOSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido1: \_\_\_\_\_ Apellido2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Año de llegada a España: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_ Distrito: \_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Clasificación del caso:  Probable  Confirmado Criterios de clasificación:  Clínico  
 Laboratorio  Epidemiológico  
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):  
 Sí ⇨ Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Nº historia clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 No  
Evolución:  Curación  
 Secuelas, especificar secuelas: \_\_\_\_\_  
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Situaciones de interés epidemiológico:  
 Albergue/Indigencia  Trabaja en centro sanitario  Residencia (mayores, menores,...)  
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: \_\_\_\_\_  
 Otras, especificar: \_\_\_\_\_  
Colectivo de interés: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_  
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):  
 Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
 No  
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):  
 Coincide con el domicilio  
 Diferente del domicilio:  
Lugar: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_ Distrito: \_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

DATOS NOTIFICADOR

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de declaración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

DATOS DE LABORATORIO	Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma
<b>muestra</b>	<b>Fecha resultado</b>			
Aislamiento	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Detección de antígeno	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Seroconversión <i>L. pneumophila</i> serogrupo1	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Detección de ácido nucleico (PCR)	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Título único alto	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Seroconversión frente a especie o serogrupo distinto de <i>L. pneumophila</i> serogrupo1	_____	_____	__/__/__	__/__/__
<b>Agente causal:</b>	<input type="checkbox"/> <i>Legionella pneumophila</i> <input type="checkbox"/> <i>Legionella spp</i> <input type="checkbox"/> <i>Legionella</i> , otras especies _____			
Más detalles (serogrupo, subgrupo, genotipo): _____				

\*Muestras: Orina, suero, necropsia de pulmón, secreciones respiratorias: esputo, lavado o bronco-aspirado, otro

**DATOS ESPECÍFICOS D LEGIONELLA**

Manifestaciones clínicas:	Sí	No	Desconocido	Patología asociada:	Sí	No	Desconocido
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumador/Exfumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC/Enf. Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras: .....				Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Presentación clínica:</b> Enfermedad de Legionario	<input type="checkbox"/>			Tto con Corticoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre de Pontiac	<input type="checkbox"/>			Trasplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ingreso en UCI al ingreso?</b> Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Otros: .....			

**EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL EN LOS 10 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS**

**ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS 10 DÍAS PREVIOS:** Sí  No  Desconocido

Hospitalización previa: Fecha de ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hospital: ..... Servicio: ..... Nº de habitación: .....  
 Municipio: ..... Provincia: ..... Autonomía: ..... País: .....

Ha utilizado:	Sí	No	Desconocido	Sí	No	Desconocido
Equipos oxigenoterapia/terapia respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humidificador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANTECEDENTES DE VIAJES EN LOS 10 DÍAS PREVIOS:** Sí  No  Desconocido

Lugar de destino: Comunidad de Madrid  Fuera de la Comunidad de Madrid  Desconocido   
 Fecha de inicio del viaje\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de finalización del viaje \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \* Las fechas de inicio y finalización del viaje tienen como referencia el momento de salida y llegada al domicilio habitual.

**ANTECEDENTES DE ESTANCIA EN HOTELES(\*Hotel, balneario, camping y otros)**  No  Sí  Desconocido

**HOTEL1\*:** Nombre: \_\_\_\_\_ Nº Habitación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Fecha Entrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Salida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Utilizó: aire acondicionado/climatizador? Sí  No  Desconocido   
 baño/ducha? Sí  No  Desconocido   
 jacuzzi/sauna/spa? Sí  No  Desconocido   
 ¿Estuvo en contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua? Sí  No  Desconocido

**HOTEL<sup>2\*</sup>:** Nombre: \_\_\_\_\_ Nº Habitación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Fecha Entrada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha Salida \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ¿Utilizó: aire acondicionado/climatizador? Si  No  Desconocido   
           baño/ducha? Si  No  Desconocido   
           jacuzzi/sauna/spa? Si  No  Desconocido   
 ¿Estuvo en contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua? Si  No  Desconocido

**HOTEL<sup>3\*</sup>:** Nombre: \_\_\_\_\_ Nº Habitación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Fecha Entrada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha Salida \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ¿Utilizó: aire acondicionado/climatizador? Si  No  Desconocido   
           baño/ducha? Si  No  Desconocido   
           jacuzzi/sauna/spa? Si  No  Desconocido   
 ¿Estuvo en contacto con nebulizadores o equipos que pulverizan agua? Si  No  Desconocido

<b>ALOJAMIENTOS UTILIZADOS EN LOS 10 DÍAS PREVIOS</b>		
	<b>DOMICILIO HABITUAL</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>OTRO ALOJAMIENTO PARTICULAR</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Desconocido
Tipo de vivienda	<input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Unifamiliar <input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Unifamiliar
Dirección de la vivienda		
Municipio y provincia		
Fecha de estancia:		fecha entrada ___/___/___ fecha salida ___/___/___
Utiliza oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Utilizó la ducha?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Utilizó bañera hidromasaje/sauna/jacuzzi?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Utilizó aparato de aire acondicionado centralizado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Utilización de agua en climatizador	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Utilizó humidificador/aerosoles?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Procedencia del agua	<input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Aljibe <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Aljibe <input type="checkbox"/> No consta
Existe depósito de agua?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Sistema de agua caliente sanitaria	<input type="checkbox"/> Centralizada <input type="checkbox"/> Acumulador o termo eléctrico	<input type="checkbox"/> Centralizada <input type="checkbox"/> Acumulador o termo eléctrico
Ha sufrido cortes de agua?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Se ha realizado obra de fontanería o ha tenido averías?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta
Ha tenido excavaciones u obras cerca?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta

<b>OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO EN LOS 10 DÍAS PREVIOS</b>							
<p><b>Principales ocupaciones:</b> especificar _____</p> <p>Su trabajo está relacionado con alguna de las siguiente actividades de riesgo :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Agricultor / Jardinero</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Trabaja en la construcción</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trabaja con agua o agua a presión (fontanero, instalador de aire acondicionado, etc.)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trabaja como conductor</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Trabaja en limpieza o mantenimiento</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Otros trabajos al aire libre</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Agricultor / Jardinero	<input type="checkbox"/> Trabaja en la construcción	<input type="checkbox"/> Trabaja con agua o agua a presión (fontanero, instalador de aire acondicionado, etc.)	<input type="checkbox"/> Trabaja como conductor	<input type="checkbox"/> Trabaja en limpieza o mantenimiento	<input type="checkbox"/> Otros trabajos al aire libre
<input type="checkbox"/> Agricultor / Jardinero	<input type="checkbox"/> Trabaja en la construcción						
<input type="checkbox"/> Trabaja con agua o agua a presión (fontanero, instalador de aire acondicionado, etc.)	<input type="checkbox"/> Trabaja como conductor						
<input type="checkbox"/> Trabaja en limpieza o mantenimiento	<input type="checkbox"/> Otros trabajos al aire libre						
<p><b>Lugar de trabajo</b></p> <p>Empresa _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Provincia: _____ Municipio: _____ Telf. _____</p>							
<b>ACTIVIDAD LABORAL EN LOS 10 DÍAS PREVIOS AL INICIO DE SÍNTOMAS</b>							
<p>Cómo se desplaza al centro de trabajo*?</p> <p>Itinerario o itinerarios que ha seguido:</p>	<input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/> Desconocido						
Utiliza aire acondicionado/climatización en el centro de trabajo*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Existe alguna torre de refrigeración	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Hay exposición a aerosoles en el centro de trabajo*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Se utiliza agua a presión en el centro de trabajo*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Se ducha habitualmente en el centro de trabajo*?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Existe riego por aspersión en el centro de trabajo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
Donde realiza las comidas y almuerzos (indicar dirección)							
<p>¿Realiza desplazamientos con motivo del trabajo*?</p> <p>Especificar los lugares a los que se desplaza, la fecha y el itinerario seguido:</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No consta						
<p>*empresa o centro educativo</p>							

**ACTIVIDADES NO LABORALES EN LOS 10 DIAS PREVIOS AL INICIO DE LOS SÍNTOMAS**

(incluye actividad en domicilio, otros alojamientos, tiempo libre/ocio, ...)

Indicar los nombres de los establecimientos a los que se acudió, y cuantas veces en los días previos

		DIRECCIÓN	NOMBRE	VA A PIE
En el barrio de residencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Supermercados/centros comerciales/otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bancos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Restaurantes/bares/pubs/terrazas/disco tecas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cines/espectáculos/clubs/asociaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gimnasio/piscina/polideportivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Saunas o jacuzzi/piscinas naturales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lavado en peluquerías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Algún centro sanitario/dentista/farmacia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Al visitar a familiares y amigos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gasolinera/ lavado coches/duchas públicas/aparcamientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lugares de culto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sí en alguno de estos recorridos utiliza transporte público?(indicar inicio de parada)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha paseado cerca de obras, zanjas, etc., con movimientos de tierras? (dónde)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha paseado cerca de fuentes ornamentales o aspersores en parque/jardines o trabajo? (dónde)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha realizado trabajos de jardinería? (dónde)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En algunos de los lugares visitados ha estado en contacto con nebulizadores o equipos que pulvericen agua (incluidos los hoteles)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sabe de vecinos, familiares, empleados en su empresa o centro educativo, que hayan padecido neumonía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**INFORMACIÓN ADICIONAL RELEVANTES SOBRE RECORRIDOS**

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

- Según modo de presentación:**  Caso esporádico  Agregación/Cluster  Perteneciente a un brote  
**Según ámbito de presentación:**  Comunitario  Asociado a viajes  Nosocomial

**DATOS DEL RIESGO. EXPOSICIÓN. RESULTADOS FUNDAMENTALES**

**Exposición principal/Transmisión:**

- Baño con movimiento, tratamiento hidroterápico  Dental  Ducha  Fuente ornamental  
 Nebulizador o humidificador  Jardinería  Torre refrigeración  Túnel de lavado  
 Otros

**Tipo de confirmación de la fuente de infección:**

- Probable/no confirmado  Evidencia de laboratorio  
 Evidencia epidemiológica  Evidencia laboratorio y epidemiológica

**Muestra ambiental positiva:**

- Agua sanitaria sp  Agua sanitaria caliente  Agua sanitaria fría  
 Agua sillón dentista  Agua termal  Baño con movimiento, piscina agua caliente  
 Condensador evaporativo  Equipo terapia respiratoria, humidificador  
 Fuente ornamental  Jardinería/ tierra  Nebulizador/humidificador  
 Riego por aspersión  Torre de refrigeración  Túnel de lavado (coche)  
 Centro deportivo/recreativo  Otros \_\_\_\_\_

**El resultado de la muestra ambiental, es igual que la del caso?**  Sí  No

**Ámbito de riesgo:**

- Camping  Centro con aerosoles  Geriátrico  Hogar  Hospital  
 Hotel o similar  Instalación militar  Prisión o custodia  Transporte: barco  
 Túnel de lavado  
 Otra institución cerrada: \_\_\_\_\_  
 Otro ámbito, sin especificar: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

Empty box for observations.