

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIASIS

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 DEL NOTIFICADOR

Nombre: \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de declaración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de Ac	_____	_____	__/__/____	__/__/____
Detección de Ac. nucleico	_____	_____	__/__/____	__/__/____
Visualización	_____	_____	__/__/____	__/__/____
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: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS DE LEISHMANIASIS**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Sí No NS/NC

Fiebre

Pérdida de peso

Anorexia/Malestar general

Esplenomegalia

Hepatomegalia

Adenopatías    ⇒ Especificar localización: \_\_\_\_\_

Lesión cutánea    ⇒  Única o  Múltiple. Especificar localización: \_\_\_\_\_

Lesión en mucosas    ⇒  Única o  Múltiple. Especificar localización: \_\_\_\_\_

Otra manifestación clínica    ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**CATEGORÍA DIAGNÓSTICA:**

Cutánea  Cutáneo-mucosa  Visceral  Atípica, especificar: \_\_\_\_\_

**RECIDIVA:**  Sí ⇒ Número de recidivas: \_\_\_\_\_ Fecha de la recidiva : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 No

**En caso de defunción, relación de la leishmaniasis con la defunción:**

Causa básica  Causa concomitante  Causa no relacionada

**ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS:** Sí No NS/NC

Enfermedad inmunosupresora

VIH

Otra enf. inmunosupresora    ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

Transfusión    ⇒ Transfusión hace más de 2 años:  Sí  No  NS/NC

Trasplante    ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

UDVP/ExUDVP

Alcoholismo

Diabetes mellitus

Cardiopatías

Otras patologías previas    ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**OCUPACIÓN / ACTIVIDAD DE RIESGO:**

Manipulador de animales       Medioambiental: animal       Otra ocupación

Especificar ocupación/actividad/estudios: \_\_\_\_\_

Centro de trabajo/actividades/estudio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Trabajo al aire libre:  Sí  No  NS/NC

Trabajo nocturno:  Sí  No  NS/NC

Espera al aire libre en el recorrido al trabajo:  Sí  No  NS/NC

↳ Dónde espera: \_\_\_\_\_

En qué horario espera: \_\_\_\_\_

**VIVIENDA O LUGAR DE RIESGO:**

Vivienda habitual       Segunda residencia       Trabajo o centro de estudios       Otros

Vivienda o lugar de riesgo (más detalle): \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda:  Bloque de casas, especificar la planta: \_\_\_\_\_

Casa baja o chalet

Jardín o terraza:  Sí  No  NS/NC

Medidas de protección contra picaduras en el domicilio:  Sí  No  NS/NC

**ACTIVIDADES DE OCIO:**

Pasea por lugares al aire libre:  Sí  No  NS/NC

Especificar lugar 1: \_\_\_\_\_

Especificar lugar 2: \_\_\_\_\_

Describir zona considerada de riesgo 1: \_\_\_\_\_

Describir zona considerada de riesgo 2: \_\_\_\_\_

Uso de repelentes personales:  Sí  No  NS/NC

**RESERVORIO: PERRO**

Tiene perro:  Sí  No  NS/NC

¿Duerme el perro al aire libre?:  Nunca  Alguna vez  Siempre

¿Usa repelentes para el perro?:  Sí  No  NS/NC

Especificar el tipo de repelentes:  Collar  Pipeta  Otros

¿Le ha realizado la prueba de leishmaniasis?  Sí  No  NS/NC

¿Está el perro enfermo de leishmaniasis?  Sí  No  NS/NC

¿Ha recibido tratamiento para la leishmaniasis?  Sí  No  NS/NC

¿Hay perro en su entorno cercano?  Sí  No  NS/NC

¿Hay perros enfermos en su entorno cercano?  Sí  No  NS/NC

**VECTOR: Presencia en el entorno de:**

		Sí	No	NS/NC
<b>Mosquitos en:</b>	<b>Domicilio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Actividades de ocio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Explotaciones ganaderas en:</b>	<b>Domicilio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Actividades de ocio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Escombreras, basura o restos de poda en:</b>	<b>Domicilio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Actividades de ocio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIAJE:**

Viaje a zonas endémicas:  Sí  No  NS/NC

Especificar fechas: \_\_\_\_\_

Especificar lugar: \_\_\_\_\_

**INVESTIGACIÓN AMBIENTAL:**

Investigación ambiental realizada:  Sí  No  NS/NC

Si se ha realizado investigación ambiental, recoger el resultado de la misma:

¿Se ha detectado cuál es la exposición más probable?  Sí  No  NS/NC

En caso de haber detectado la exposición más probable, especificar:  Animal  Yatrogénica  Vector

¿Se ha identificado algún animal sospechoso?  Sí  No  NS/NC En caso de haber identificado algún animal

sospechoso, especificar:

Animal de caza menor   
  Conejo   
  Gato   
  Liebre   
  Mosquito  
 Perro   
  Roedor   
  Zorro   
 Otro animal, especificar: \_\_\_\_\_

¿Hay confirmación por laboratorio de la infección en el reservorio?  Sí  No  NS/NC

¿Se ha realizado investigación medioambiental del vector?  Sí  No  NS/NC

¿Se ha detectado el flebótomo?  Sí  No  NS/NC

¿Hay confirmación por laboratorio de la infección en el vector?  Sí  No  NS/NC

Tipo de confirmación del vehículo:  No confirmado/Sospechoso  
 Por evidencia epidemiológica  
 Por evidencia de laboratorio  
 Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**INTERVENCIÓN AMBIENTAL:**

Intervención ambiental realizada:  Sí  No  NS/NC

Si se ha realizado intervención ambiental, recoger el resultado de la misma:

**OBSERVACIONES**