



# ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LISTERIOSIS

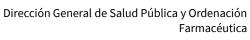
Nota: toda la información proporcionada es confidencial. Esta información se utilizará para determinar la causa de la enfermedad del encuestado y prevenir la aparición de nuevos casos en la población.

1 DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN
Identificador del caso:
Hospital/Centro de Atención Primaria declarante :
Fecha de la primera declaración del caso <sup>i</sup> :
Fecha de la encuesta:
Profesional que encuesta:
Persona que responde a la encuesta:
2 DATOS DEL PACIENTE
Nombre y Apellidos del paciente:
Fecha de nacimiento: Sexo:
Edad en años: Edad en < 2 años (meses): Edad en < 1 mes (días):
Lugar de residencia:
País C. Autónoma:
Provincia: Municipio:
3 DATOS DE LA ENFERMEDAD
Fecha del caso <sup>ii</sup> :
Fecha de inicio de síntomas:
Lugar del caso <sup>iii 3</sup> :
País: C. Autónoma:
Provincia: Municipio:
Importado <sup>i</sup> v:



Síntomas:			
Síntomas	Si	No	NS
Diarrea*1	0	0	0
Dolor de cabeza	0	0	0
Vómitos	0	0	0
Escalofríos	0	0	0
Nauseas	0	0	0
Dolor muscular	0	0	0
Fiebre	0	0	0
Asintomático	0	0	0
Otros:			
3.1 Presentación de la enfermedad:			
Otros:			
Gastroenteritis inespecífica (últimos 10 días desde primeros síntomas):			
3.2 Presentación de la enfermedad (casos de listeriosis del embarazo):  Otros:			

<sup>1</sup> Tres ó más deposiciones blandas en 24 horas





Nº semanas de gestación:
Resultado del embarazo:
Nacido vivo en Fecha:
Gastroenteritis inespecífica (últimos 10 días desde primeros síntomas):
3.3 Presentación de la enfermedad (casos de listeriosis neonatal):
Otros:
Hospitalización': ¿Se ha debido a la listeriosis?
Hospital:
Fecha de ingreso: Fecha de alta:
Defunción:   ¿Se ha debido a la listeriosis?
Fraha da dafunción.
Fecha de defunción:
Lugar en el que se ha adquirido la infección:
Edgar Cir el que se na auquinta la infección.
Municipio: Provincia:
Comunidad Autónoma: País:
Importado: Clasificación de caso:
Asociado a brote: Identificación del brote:
C. Autónoma de declaración del brote <sup>vi 6</sup>
4 DATOS DE LABORATORIO





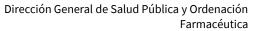
Fecha de recepción en el labo	ratorio fuente:						
Fecha de diagnóstico de laboratorio:							
Agente causal <sup>vii</sup> : Listeria mon	ocytogenes						
Serotipo (marcar una de las si	guientes opciones):						
Serogrupo por PCR:							
Muestra (marcar las que tenga	an resultado positivo):						
Exudado conjuntival 🗌	Exudado nasofaríngeo 🗌						
LCR 🗆	Muestra normalmente estéril.   Especificar						
Sangre	Muestras no estériles.   Especificar						
<b>Prueba:</b> Aislamiento ☐ PCR	☐ Secuenciación genómica ☐						
Envío de muestra al Laborato	rio Nacional de Referencia (LNR):						
Identificación de muestra del o	declarante al LNR:						
Identificación de muestra en e	I LNR:						
5 DATOS DEL RIESGO							
Ocupación de riesgo (marcar	una de las siguientes opciones):						
Otras:							
Factor predisponente persona	al (marcar las que correspondan):						
Otro, Especificar:							
Posible exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):							
Consumo de alimento sospec	hoso (excepto Agua de bebida) 🗌						
Persona a Persona: Madre-Hijo 🗌							
Asociada a cuidados sanitarios							
Asociada a elaboración de alimentos susceptibles de transmisión de listeriosis							

Farmacéutica

Dirección General de Salud Pública y Ordenación

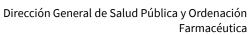


Asociada a contacto con animales de abasto. 🔲
Posible ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):
Transporte:
Instituciones cerradas:
Comedor colectivo:
Otros ámbitos:
Familiar:
Datos de viaje:
Viaje durante el periodo de incubación:
Lugar del viaje:País: C. Autónoma:
Provincia: Municipio:
Fecha de ida: . Fecha de vuelta: .





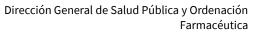
6. ENCUESTA ALIMENTARIA									
A. Durante las 4 semanas anteriores al inicio de los síntomas (del al									
Ha residido en una institución residencial (residencia ancianos, institución mental,)?  Nombre de la institución:									
Ha viajado? Lugar de destino:									
Fecha de salida: Fecha de regreso:									
Posee o ha tenido contacto con animales domésticos o sus residuos (perros, gatos, reptiles, peces,)?  Especificar:									
B. Dónde ha comprado la comida consumida o	durante las 4 semanas anteriores al inic	cio de los síntomas							
(del al	)? Rogamos indiquen no solo los habit								
supermercados) sino también las tiendas de b productos.	arrio y las carnicerías donde pueda ha	ber adquirido							
Nombre de la tienda	Dirección								
C. Durante las 4 semanas anteriores al inicio de síntomas (del la									
Nombre del lugar	Dirección	Fecha							
D. Hábitos alimenticios									
Es usted vegetariano/a?									
Es usted alérgico/a a algún alimento?	Especificar:								





Cabeza de jabalí

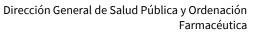
Ha seguido alguna dieta especia	l o res				4 semanas anteriores	al inicio de sínto	omas
(diabética, halal, kosher,)?			specif				
Ha consumido algún alimento "o	asero	)"	su pro	pia hu	erta, granja,)		
Especificar:							
Ha consumido alimento que no s			a el co	onsum	o sin tratamiento tėrm	ico(vegetales co	ongelados,
chorizos frescos, chistorras, mor	cillas	)					
Especificar:							
	_						
E. Ha consumido alguno de	los			alime		emanas ante	riores al
inicio de síntomas (del			al		)?		
			_				
Estoy interesado/a en los alimen							•
que todas las preguntas están re						y el	
			•		iga si lo consumió, si p		
o si seguro que no lo consumió.		-				como parte de	un bocadillo
o cualquier otro plato, incluyendo	ensa	aladas, 1	tapas	o piat	os combinados.		
Prob: el caso cree que ha podido consu	mir el a	alimento,	o lo cor	nsume	nabitualmente pero no está s	eguro de haberlo c	onsumido en el
periodo en cuestión.  NS: no sabe si lo ha consumido durante	el perio	odo en cu	estión.				
	Sí	Prob	Nο	NS	Marca/Detalles	Lugar de co	ompra o
	0.				mar our Dotanio	consumo	
FIAMBRES, EMBUTIDOS, PATÉS, PLATOS PREPARADOS CARNICOS,							
Fiambre de Pavo							
Envasado							
Elivasauo							
Lanchanda an ast							
Loncheado en est.						]	
De pollo							
France de							
Envasado						]	
Landarda .							
Loncheado en est.						]	
De cerdo (jamón de York, morta	dela,	choped	d)			-	
		•	•				
Envasado						_	
						1	
Loncheado en est.							





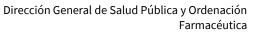
Envasado			
Loncheado en est.			
Chorizo fresco		•	
Envasado			
Loncheado en est.			
Otros embutidos curados (jamó	n serrano, salchichón, c	ecina, chorizo)	
Envasado			
Loncheado en est.			
Paté que no sea de bote o lata (	que no sea de oca, pato	o ganso)	
Envasado			
Troceado en est.			

	Sí	Prob	No	NS	Marca/Detalles	Lugar de compra o consumo			
Foie, mouse, micuit o bloc de par	to, ga	nso o d	ıe no	sea de bote o lata					
Envasado									
Troceado en est.									
Salchichas tipo Frankfurt									
Sándwiches envasados (máquinas expendedoras, cafeterías,) listos para consumo.									
Platos precocinados cárnicos									
Otros productos cárnicos (carpaccio,)									
QUESO Y PRODUCTOS LÁCTEOS	QUESO Y PRODUCTOS LÁCTEOS								
Brie									





1	1	
Camembert		
Queso azul (roquefort, gorgonzola,)		
Mozzarella fresca		
Queso tipo latino		
Queso tipo Burgos a granel		
Otro tipo de quesos blandos o semi-blandos (havarti, emmental, gorda,)		
Quesos elaborados con leche cruda (,)		
Otros quesos(comercial o casero)		
Mantequilla (no margarina)		
Leche cruda		
Leche pasterizada o UHT		
Helado(comercial o casero)		
Yogourt(comercial o casero)		
Cuajada		
Otros productos lácteos (requesón,)		
PESCADOS Y MARISCOS		
Gambas, langostinos, camarones, (no calentados antes de su consumo)		
Marisco de concha (mejillones, ostras, almejas,) (no calentados antes de su consumo)		
Surimi, gulas, palitos de marisco cocido (no calentados antes de su consumo)		





Pescado ahumado o curado (salmón, berdel, anguila, mojama,) (no enlatado)							
Pescado crudo (sushi, sashimi, ceviche,							
Otros pescados o mariscos							
	•						
	Sí	Prob	No	NS		Marca/Detalles	Lugar de compra o consumo
PRODUCTOS VEGETALES		-		'			
Germinados (soja, alfalfa, tomate,) (no enlatado o en bote)							
Lechugas o mezclas cortadas, lavadas y envasadas.							
Ensaladas preparadas refrigeradas listas para consumo							
Champiñones crudos							
Hierbas aromáticas (albahaca, perejil, cilantro,)							
Otros productos vegetales							
FRUTA							
Fruta comprada cortada(melón, sandía, etc)							
Zumos no pasterizados							
Otro tipo de fruta							
OTROS PLATOS PRECOCINADOS	Y ALI	MENTO	os		•		
Platos precocinados con calentamiento previo.							
Platos precocinados listos para su consumo.							



Alimentos listos para el consumo sin tto. previo.							
Alimentos adquiridos en mercados y ferias.							
Alimentos adquiridos en comercios de comidas para llevar.							
Alimentos adquiridos en venta ambulante.							
7. OTROS DATOS DE INTERÉS							
¿Tiene sospecha o asocia su sinto		al consumo de algún ali	mento en particular?				
¿Alguna persona de su entorno ha desarrollado sintomatología similar y que se haya asociado al consumo de algún alimento en particular?							
¿Alguien de su entorno ha sufrido algún proceso diarreico en el último mes?  ¿ Suele consumir algún tipo de alimento poco cocinado, tales como vegetales descongelados, carnes, leche							
cruda, ensalada envasadas, etc?	entos?						
¿Suele llevar a cabo una cocción suficiente/tratamiento térmico correcto de los alimentos crudos (carne poco hecha, vegetales crudos, etc?  ¿Qué alimentos?							
¿Estaría de acuerdo en que nuestros compañeros de sanidad alimentaria acudan a su domicilio a recoger muestras de alimentos sospechosos?  ¿Ha asistido a algún evento colectivo (boda, bautizo, reunión familiar/laboral o similar,) en los 2 últimos meses?							
¿Conoce de personas que asistieran a dicho evento y enfermaran con síntomas de gastroenteritis?							



Si tiene cualquier duda o recuerda alguna información que le parezca relevante puede ponerse en contacto
con nosotros en los siguientes números de teléfono o:
OBSERVACIONES:
8. ALIMENTOS MUESTREADOS (VER ANEXO)
Tipo de confirmación del alimento viii (marcar una de las siguientes opciones):
Alimento, agente causal ix: Listeria monocytogenes
Serotipo (marcar una de las siguientes opciones):
Serogrupo por PCR:
Prueba:
9 CATEGORIZACIÓN DEL CASO
Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):
Criterios de clasificación de caso:
Criterio clínico
Criterio epidemiológico
Criterio de laboratorio

OBSERVACIONES <sup>x</sup>			

- i Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
- ii Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
- iii Lugar del caso (país, CA, prov., municipio): 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.
- iv Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
- v Hospitalizado. Estancia de al menos una noche en el hospital.
- vi C. Autónoma de declaración del brote: aquella que se ha asignado el identificador del brote.
- vii Agente causal: marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
- viiiTipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección.
- ix Alimento, agente causal: marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento.
- x Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.