



Formulario de notificación de caso de leptospirosis

Formulario aprobado
OMB 0920-0728
Fecha de vencimiento: 28/2/2021

Oculte el nombre y la dirección del paciente antes de enviar una copia del formulario a los CDC.

Envíe el formulario completado por fax al (404) 929-1590, por correo electrónico encriptado a bspb@cdc.gov, mediante un protocolo FTP seguro, o por correo postal a CDC / Bacterial Special Pathogens Branch, 1600 Clifton Road NE, MS H24-12, Atlanta, GA 30329-4027. Llame al (404) 639-1711 o envíe un mensaje electrónico a bspb@cdc.gov si tiene preguntas sobre un caso, las pruebas de laboratorio o el envío del formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha del primer envío: _____ Nombre del investigador: _____

Dirección: _____ ID de caso estatal: _____ Teléfono del investigador: _____

Ciudad: _____ Estado/territorio que notifica: _____

Datos demográficos

Estado/territorio de residencia	Código postal	Condado/municipalidad	Sexo	Embarazada	Fecha de nacimiento	Edad	días meses años
_____	_____	_____	Masculino Femenino Desconocido	Sí No No se sabe	_____	_____	_____

Raza (seleccione todas las que correspondan):

Nativo de Alaska o indoamericano Raza negra/afroamericano Raza blanca **Grupo étnico** Hispano o latino Ni hispano ni latino No se sabe

Asiático Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico No se sabe

Cuadro clínico

¿Tenía síntomas el paciente? Sí No No se sabe Si responde sí, fecha de aparición _____

Seleccione todas las manifestaciones clínicas que el paciente presentó:

Fiebre	Vómitos/náuseas	Sarpullido (petequeal o maculopapular)	Hemorragia pulmonar
Dolor de cabeza	Sufusión conjuntival	Arritmia/ECG con anomalías	Otras complicaciones pulmonares (p. ej., tos, disnea)
Mialgia	Ictericia	Fallo o insuficiencia renal aguda	Otra hemorragia (p. ej., sangre en vómito, heces u orina; petequia/equimosis)
Dolor en las pantorrillas	Trombocitopenia	Elevación aguda de enzimas hepáticas/fallo o insuficiencia hepática	
Diarrea	Meningitis aséptica		

Otro, especifique: _____

Resultado

¿Fue hospitalizado el paciente? Sí No No se sabe Si la respuesta es sí, fecha de ingreso _____ Cantidad de días hospitalizado _____

¿Se administró un tratamiento antimicrobiano para esta infección? Sí No No se sabe Si la respuesta es sí, fecha de inicio _____

¿Qué medicamentos (seleccione todos los que correspondan)? Doxiciclina Penicilina Ceftriaxona Ampicilina Amoxicilina

Otro, especifique: _____

Desenlace clínico: Continúa hospitalizado Falleció Fue dado de alta/se recuperó Otro, especifique: _____

Fecha del alta _____ Fecha de la muerte _____ Duración de la enfermedad (días) _____

Resultados de laboratorio

RCP 1	Tipo de muestra	Fecha de recolección	Resultado
_____	Sangre LCR Orina Otro _____	_____	Positivo Negativo No determinado
RCP 2	Tipo de muestra	Fecha de recolección	Resultado
_____	Sangre LCR Orina Otro _____	_____	Positivo Negativo No determinado
MAT	Suero de fase aguda	Suero de fase convaleciente (≥2 semanas más tarde)	Cumplió criterios de caso en MAT (marque todas las opciones que correspondan)
_____	Fecha de recolección _____	Fecha de recolección _____	Valor 4 veces mayor Valor único ≥800 Valor único 200-400
_____	Valor más alto _____	Valor más alto _____	
Cultivo	Tipo de muestra	Fecha de recolección	Resultado
_____	Sangre Orina Tejido _____ Otro _____	_____	Positivo Negativo
Serotipo de <i>Leptospira</i> [^] _____ [^] Identificado mediante PFGE, MLST, u otro método de tipificación molecular de cultivos aislados			
Otra prueba	Resultado		
ELISA Inmunohistoquímica (IHQ) Prueba de flujo lateral	Positivo Negativo En el límite Indeterminado		
Otra (especifique): _____			
Si se hizo ELISA, seleccione el tipo: IgG IgM IgG e IgM ImmunoDot (IgM) No corresponde Valor* _____ *Si corresponde			

Se calcula que la carga del público de esta recopilación de información es un promedio de 15 minutos por respuesta, e incluye el tiempo que lleva revisar las instrucciones, buscar la información en las fuentes existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que presente un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido y vigente. Envíe sus comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sus sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30329-4027; ATTN: PRA (0920-0728).

Formulario de notificación de caso de leptospirosis

Formulario aprobado
OMB 0920-0728
Fecha de vencimiento: 28/2/2021

Tipos de exposición en los 30 días previos a la aparición de la enfermedad; especifique si el paciente tuvo:

Contacto con animales (Seleccione todas las respuestas que correspondan)	Roedores Perros Vacas Ovejas/cabras Cerdos Caballos Ningún contacto conocido No se sabe
	Animales silvestres, especifique: _____
	Otro, especifique: _____
	¿Dónde ocurrió el contacto con el animal (especifique el lugar)? _____
Contacto con agua dulce (Seleccione todas las respuestas que correspondan)	Agua estancada (p. ej., lago, estanque) Agua corriente (p. ej., río, arroyo) Tierra mojada/lodo Agua de inundación, escorrentía
	Aguas residuales Ningún contacto conocido No se sabe Otro, especifique: _____
	Nombre del cuerpo de agua (si corresponde): _____
	¿Dónde ocurrió el contacto con el agua (especifique el lugar)? _____

Si el paciente tuvo contacto con animales o agua, seleccione los tipos de contacto:

Ocupacional (seleccione todas las opciones que correspondan)	Agricultor (cultivos) Granjero (animales) Pescador Servicios veterinarios Cuidado de mascotas (p. ej., alojamiento, aseo)
	Paisajismo/cuidado de jardines Trabajador de matadero Militar/socorrista Trabajador de saneamiento
	Trabajador de alcantarillado Otro, especifique: _____
Recreacional/ pasatiempos (seleccione todas las opciones que correspondan)	Natación Navegación Competencia al aire libre Campamento/excursionismo Caza Pesca
	Jardinería Propias mascotas
	Otro, especifique: _____
Tipo de contacto desconocido	
Otro tipo de contacto, especifique: _____	

En los 30 días previos a la aparición de la enfermedad:

¿Se quedó el paciente en una vivienda con evidencia de roedores? Sí No No se sabe

¿Se quedó el paciente en un área rural? Sí No No se sabe

¿Viajó el paciente fuera del condado/municipalidad, estado o país? Sí No No se sabe Destinos del viaje: _____

¿Hubo abundantes lluvias cerca del lugar donde el paciente reside, trabaja, hizo actividades recreativas o viajó? Sí No No se sabe

¿Hubo inundaciones cerca del lugar donde el paciente reside, trabaja, hizo actividades recreativas o viajó? Sí No No se sabe

Si el paciente conoce a alguien con un diagnóstico reciente de leptospirosis, ¿tuvo alguna exposición similar en los últimos 30 días? Sí No No se sabe N/C

¿Se le diagnosticó leptospirosis alguna vez al paciente en el pasado? Sí No No se sabe

¿Es el paciente parte de un brote? Sí No No se sabe Si la respuesta es sí, describa el brote: _____

Clasifique el caso con base en la definición de caso del CSTE o los CDC (ver criterios más adelante)

Confirmado Probable

Comentarios

Confirmado: Aislamiento de *Leptospira* de una muestra clínica. O aumento cuádruple o mayor en el valor de aglutinación de *Leptospira* entre una muestra de suero de la fase aguda y una de la fase convaleciente, analizadas por el mismo laboratorio. O hallazgo de *Leptospira* en tejido mediante inmunofluorescencia directa. O valor de aglutinación de *Leptospira* de ≥ 800 mediante la prueba de aglutinación microscópica (MAT) en una o más muestras de suero. O detección de ADN de *Leptospira* patógena (p. ej., mediante RCP) en una muestra clínica.

Probable: Caso clínicamente compatible que estuvo involucrado con casos asociados conocidos en un evento de exposición (p. ej., carrera de aventura, triatlón, inundación). O valor de aglutinamiento de *Leptospira* de ≥ 200 , pero < 800 mediante la prueba de aglutinación microscópica (MAT) en una o más muestras de suero. O hallazgo de anticuerpos anti-*Leptospira* en una muestra clínica mediante inmunofluorescencia indirecta. O hallazgo de *Leptospira* en una muestra clínica mediante microscopía de campo oscuro. O detección de anticuerpos IgM contra *Leptospira* en una muestra de suero de la fase aguda, pero sin evidencia de laboratorio confirmatoria de infección por *Leptospira*.