



Formulario de notificación de casos de leptospirosis

Instrucciones

Proporcione la información más completa posible. Las instrucciones a continuación explican cada variable. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Subdivisión de Patógenos Bacterianos Especiales llamando al (404) 639-1711 o escribiendo a bspb@cdc.gov. Después de llenar el formulario, retire toda la información de identificación personal y envíelo a los CDC de una de las siguientes maneras:

Correo electrónico: bspb@cdc.gov

Fax: (404) 929-1590

DCIPHER: escribir a bspb@cdc.gov para obtener más información.

Información de la notificación	Descripción
Fecha de notificación	Fecha en que el caso se notificó por primera vez en la jurisdicción (mm/dd/aaaa).
Jurisdicción que notifica	Estado, territorio o jurisdicción que notifica el caso a los CDC.
Identificación del caso asignada por el estado (ID estatal del caso)	Identificación única asignada por el departamento de salud estatal.
Identificación del caso asignada por el Sistema Nacional de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, NNDSS (ID del caso del NNDSS)	Si es diferente a la ID estatal del caso, proporcione la identificación del caso transmitida en el NNDSS. Esta identificación (ID) se usará para vincular el formulario de notificación del caso con el NNDSS.
Nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona que notifica	Información de contacto de la persona que notifica el caso a los CDC.
Brote	Indique si este caso es parte de un conglomerado (<i>cluster</i>) o un brote.

Información demográfica del caso	Descripción
Sexo	Sexo genético de la o el paciente.
Embarazo	Estado de embarazo al comienzo de la enfermedad actual.
Edad	Edad de la o el paciente al comienzo de la enfermedad actual.
Domicilio	Estado, condado y código postal del domicilio actual de la o el paciente.
Raza y grupo étnico	Raza y grupo étnico de la o el paciente según la historia clínica o el informe del personal de control de infecciones (ICP, por sus siglas en inglés). Se pueden marcar múltiples casillas para la raza. No haga suposiciones con base en el nombre o el primer idioma. Si no se sabe la raza o el grupo étnico, marque "No se sabe".
Ocupación	Indique la ocupación en el momento del comienzo de la enfermedad. Especifique las ocupaciones en los 30 días antes del comienzo de los síntomas, si son pertinentes (p. ej., ocupaciones con exposiciones ambientales o relacionadas con animales o viajes).

Información de exposiciones del caso	Descripción
Contacto con animales	Indique cualquier contacto con animales o sus líquidos corporales que la o el paciente haya tenido en los 30 días antes del comienzo de la enfermedad actual, el tipo de animal, dónde ocurrió la exposición y si el animal estaba enfermo en el momento de la exposición.
Exposiciones ambientales	Indique cualquier contacto con agua, barro o aguas residuales que la o el paciente haya tenido en los 30 días antes del comienzo de la enfermedad actual y los lugares donde este contacto ocurrió.
Exposición indirecta a roedores	Indique si la o el paciente ha visitado o vivido en algún lugar en el que se conozca o se haya observado una infestación de roedores en los 30 días antes del comienzo de la enfermedad actual.
Eventos meteorológicos significativos	Indique cualquier evento meteorológico significativo (p. ej., lluvias monzónicas, tifones, ciclones, huracanes, inundaciones) que la o el paciente haya afrontado en los 30 días antes del comienzo de la enfermedad actual.
Viajes	Indique cualquier viaje que la o el paciente haya hecho en los 30 días antes del comienzo de la enfermedad actual.

Información clínica y del tratamiento del caso	Descripción
Síntomas	Indique si la o el paciente ha tenido algún síntoma asociado a esta enfermedad.
Comienzo de la enfermedad	Fecha del comienzo de esta enfermedad (mm/dd/aaaa) o fecha del comienzo de los síntomas de esta enfermedad, según se haya notificado al sistema de salud pública.
Síntomas y afecciones	Indique los síntomas que haya descrito la o el paciente o las afecciones identificadas por los médicos en relación con esta enfermedad.
Hospitalización	Indique si la o el paciente ha sido hospitalizada/o por esta enfermedad. Proporcione las fechas de ingreso y de alta, si corresponde.
Tratamiento	Indique el o los antibióticos que se recetaron y cuándo se comenzó a tomarlos. Si los antibióticos que se recetaron no están en la lista, ingrese el nombre genérico y cuándo se comenzó a tomarlos, si se sabe.
Desenlace	Indique el desenlace que hubo para la o el paciente después de la enfermedad. Si la o el paciente murió por esta enfermedad, ingrese la fecha de muerte.

NOTA: complete un nuevo segmento sobre las pruebas para cada prueba que se haga (hay 4 segmentos en el formulario).

Información sobre las pruebas de laboratorio	Descripción
Tipo de prueba	Indique qué tipo de prueba de laboratorio se hizo.
Laboratorio donde se hizo la prueba	Indique qué laboratorio hizo la prueba.
Tipo de muestra	Indique el tipo de muestra que se recolectó.
Fecha de recolección de la muestra	Indique cuándo se recolectó la muestra (mm/dd/aaaa).
Resultados	Indique si la prueba dio positivo, cualquier resultado cualitativo aplicable asociado a la prueba (p. ej., valor), el organismo y serotipo identificados, si corresponde, y la fecha del resultado (mm/dd/aaaa).

Clasificación del caso y comentarios	Descripción
Clasificación del caso	Indique la clasificación del caso de la o el paciente, con base en la definición de caso de leptospirosis. Los casos confirmados y probables de leptospirosis deben notificarse a los CDC según los criterios de notificación de la declaración de posición del Consejo de Epidemiólogos Estatales y Territoriales, CSTE, por sus siglas en inglés (12-ID-02).
Comentarios	Proporcione cualquier otra información pertinente sobre el caso que no se haya proporcionado en otra parte del formulario.

Nacido/a el: fecha de nacimiento

PCR: reacción en cadena de la polimerasa, por sus siglas en inglés

MAT: prueba de aglutinación microscópica, por sus siglas en inglés

IHC: inmunohistoquímica, por sus siglas en inglés

SPHL: laboratorio estatal de salud pública, por sus siglas en inglés

LRN: red de laboratorios de respuesta, por sus siglas en inglés

<i>Si la respuesta es Sí, ¿dónde ocurrió la exposición?</i>					
	Casa	Trabajo	Viaje	Lugar de recreación	Otro
¿Qué actividades causaron las exposiciones ambientales o a animales que se han indicado? (Marque todas las que correspondan)	Nadar o bañarse	Ir de campamento o hacer senderismo (<i>hiking</i>)		Cazar	
	Pescar en agua dulce	Hacer deporte en un patio, jardín o parque		Mantener o limpiar la casa	
	Carreras de aventura, triatlón o carrera en el barro	Tareas de jardinería		Lavar platos o ropa	
	Andar en bicicleta/motocicleta	Acariciar/tocar animales en una granja, un zoológico u otro lugar		Actividades ocupacionales	
	Tener mascotas o ganado	Beber agua		Otro:	
Andar en bote, en kayak o hacer <i>rafting</i>			No se sabe		

En los **30 días antes del comienzo de la enfermedad**, ¿la o el paciente vivió o pasó tiempo en un lugar donde hay evidencia de la presencia de roedores (p. ej: se ha visto u oído roedores, se han visto excrementos de roedores, cuevas o materiales carcomidos)?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es Sí, indique el lugar con evidencia de presencia de roedores:

Casa	Trabajo	Viaje	De recreación	Otro
------	---------	-------	---------------	------

En los **30 días antes del comienzo de la enfermedad**, ¿estuvo la o el paciente en áreas donde hubo eventos meteorológicos significativos?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es Sí, marque todo lo que corresponda:

Huracán, ciclón o tifón	Terremoto	
Tormenta de viento o tornado	Aludes de barro	Otro: _____
Inundación/lluvias fuertes		

Si la respuesta es Sí, indique el lugar el evento de tiempo severo:

Casa	Viaje	Otro
Trabajo	De recreación	

INFORMACIÓN SOBRE VIAJES

En los **30 días antes del comienzo de la enfermedad**, ¿se trasladó la o el paciente a 50 millas de su lugar habitual de residencia?

Sí No No se sabe

Si la respuesta es Sí, indique estado de EE. UU: _____ O País: _____

Si la respuesta es Sí, indique estado de EE. UU: _____ O País: _____

Si la respuesta es Sí, indique estado de EE. UU: _____ O País: _____

- INFORMACIÓN Y PRESENTACIÓN CLÍNICA -

¿Tenía síntomas la o el paciente? Sí No No se sabe Fecha de inicio de la enfermedad: _____

Marque todas las manifestaciones clínicas asociadas a esta enfermedad:

Fiebre	Dolor abdominal	Ictericia	Meningitis aséptica
Escalofríos	Diarrea	Elevación aguda de enzimas hepáticas	Hemorragia pulmonar/tos con sangre
Dolor de cabeza	Vómitos/náuseas	Insuficiencia hepática aguda	Otro tipo de hemorragia
Malestar/fatiga	Sarpullido	Falla o insuficiencia renal aguda	Otra, especifique: _____
Mialgia (dolores musculares)	Dificultad para respirar	Falla o insuficiencia respiratoria	
Dolor en las pantorrillas	Sufusión conjuntival	Trombocitopenia	

- TRATAMIENTO Y DESENLACE -

¿Estuvo la o el paciente hospitalizada/o por esta enfermedad? Sí No No se sabe

Fecha de 1.ª admisión: _____ Fecha de 1.ª alta: _____

Fecha de 2.ª admisión: _____ Fecha de 2ª alta: _____

¿Se le recetaron o administraron antibióticos a la o el paciente? Sí No No se sabe

Doxiciclina Fecha de inicio: _____ Ceftriaxona Fecha de inicio: _____ Amoxicilina Fecha de inicio: _____

Penicilina Fecha de inicio: _____ Ampicilina Fecha de inicio: _____ Azitromicina Fecha de inicio: _____

Otro: _____ Fecha de inicio: _____ Otro: _____ Fecha de inicio: _____

Desenlace clínico:

Falleció	Aún enferma/o (ambulatorio)	Discapacidad a largo plazo
Aún hospitalizada/o	Se recuperó	No se sabe

Fecha de muerte: _____ Duración de la enfermedad (días): _____

INFORMACIÓN SOBRE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO

Primera prueba y muestra

Tipo de prueba:	MAT PCR	Inmunotransferencia por puntos (IgM) Otro ELISA IgM	BioFire Cultivo	IHC Secuenciación	Otro: _____	
Laboratorio que hizo la prueba:	CDC	SPHL	Laboratorio comercial	Otro de la LRN	Otro	No se sabe
Fecha de recolección de la muestra: _____						
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero	Colonias aisladas Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido	Hisopado	Otro: _____	
Resultado cualitativo:	Positivo	Negativo	En el límite	Indeterminado	Valor serológico: _____	
Serotipo: _____ Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____						

Segunda prueba y muestra

Tipo de prueba:	MAT PCR	Inmunotransferencia por puntos (IgM) Otro ELISA IgM	BioFire Cultivo	IHC Secuenciación	Otro: _____	
Laboratorio que hizo la prueba:	CDC	SPHL	Laboratorio comercial	Otro de la LRN	Otro	No se sabe
Fecha de recolección de la muestra: _____						
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero	Colonias aisladas Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido	Hisopado	Otro: _____	
Resultado cualitativo:	Positivo	Negativo	En el límite	Indeterminado	Valor serológico: _____	
Serotipo: _____ Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____						

Tercera prueba y muestra

Tipo de prueba:	MAT PCR	Inmunotransferencia por puntos (IgM) Otro ELISA IgM	BioFire Cultivo	IHC Secuenciación	Otro: _____	
Laboratorio que hizo la prueba:	CDC	SPHL	Laboratorio comercial	Otro de la LRN	Otro	No se sabe
Fecha de recolección de la muestra: _____						
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero	Colonias aisladas Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido	Hisopado	Otro: _____	
Resultado cualitativo:	Positivo	Negativo	En el límite	Indeterminado	Valor serológico: _____	
Serotipo: _____ Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____						

Cuarta prueba y muestra

Tipo de prueba:	MAT PCR	Inmunotransferencia por puntos (IgM) Otro ELISA IgM	BioFire Cultivo	IHC Secuenciación	Otro: _____	
Laboratorio que hizo la prueba:	CDC	SPHL	Laboratorio comercial	Otro de la LRN	Otro	No se sabe
Fecha de recolección de la muestra: _____						
Tipo de muestra:	Sangre completa Suero	Colonias aisladas Orina	Líquido cefalorraquídeo Tejido	Hisopado	Otro: _____	
Resultado cualitativo:	Positivo	Negativo	En el límite	Indeterminado	Valor serológico: _____	
Serotipo: _____ Nombre del organismo: _____ Fecha del resultado de laboratorio: _____						

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Confirmado
 Probable
 No es un caso
 No se sabe

COMENTARIOS ADICIONALES