

Servicio Canario de la Salud

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE CIGUATERA

### DATOS DEL DECLARANTE Y LA DECLARACIÓN

Médico declarante: .....Teléfono: .....

Centro Sanitario:.....

Municipio:..... Área de Salud: .....

Identificador del caso para el declarante: .....

Fecha declaración del caso (dd-mm-aaaa) : .....

Fuente de los datos <sup>1</sup>:.....

### INFORMACIÓN DEL CASO

Nombre:..... Apellidos:.....Teléfono:.....

Historia clínica:.....CIP.....

Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa): .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo:  Hombre  Mujer  Desconocido

Lugar de residencia:

País: ..... C. Autónoma: .....

Provincia: ..... Municipio: .....

Domicilio:.....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

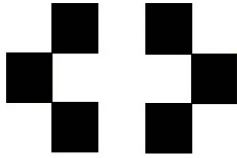
Fecha del caso<sup>2</sup>: .... / ..... / .....

Fecha de primeros síntomas (dd-mm-aaaa): ..... / ..... / ..... Hora: .....

¿Ha sido diagnosticado por un médico?  Sí  No

<sup>1</sup> Es la primera institución o autoridad que proporciona la información del caso.

<sup>2</sup> Es una fecha utilizada para el análisis, corresponde a la fecha de consumo del pescado. Si no se conoce esta fecha se utilizará la fecha más próxima conocida: fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, fecha de notificación, o cualquier otra fecha.



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**Fecha de diagnóstico (dd-mm-aaaa):** ..... / ..... / .....

**Hospitalizado:**  Sí  No ; **En caso de hospitalización :**

**Nombre del Centro:**.....**Servicio:**.....

**Fecha de ingreso hospitalario (dd-mm-aaaa):** ..... / ..... / .....

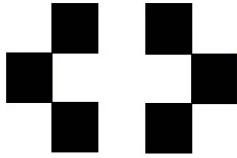
**Fecha de alta hospitalaria (dd-mm-aaaa):** ..... / ..... / .....

**Defunción:**  Sí  No

**Fecha de defunción (dd-mm-aaaa):** ..... / ..... / .....

**Síntomas:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nauseas  | <input type="checkbox"/> Vómitos   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea  | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                                 |
| <input type="checkbox"/> Alodinia al frío(dolor ardiente por un estímulo frío normalmente inocuo) | <input type="checkbox"/> Prurito   |
| <input type="checkbox"/> Artralgias   | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular/Fatiga                       |
| <input type="checkbox"/> Mialgias   | <input type="checkbox"/> Rash  |
| <input type="checkbox"/> Dolor torácico   | <input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento en boca/lengua/dientes |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento manos/pies                                      | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria                         |
| <input type="checkbox"/> Sabor metálico   | <input type="checkbox"/> Dolor durante el coito                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor/dificultad para orinar   | <input type="checkbox"/> Mareo   |
| <input type="checkbox"/> Cefalea  | <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales                           |
| <input type="checkbox"/> Temblores/convulsiones   | <input type="checkbox"/> Dificultad para el habla                        |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de coordinación  | <input type="checkbox"/> Bradicardia                                     |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión  | <input type="checkbox"/> Ansiedad/irritabilidad/depresión                |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia  | <input type="checkbox"/> Insomnio  |
| <input type="checkbox"/> Otros síntomas:  | <b>Especificar síntoma:</b><br>.....                                     |



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**¿Ha sufrido el paciente una intoxicación por ciguatoxinas previa?**

Sí    No    Desconocido

**Persistencia de síntomas** (relación de síntomas que persisten desde la FIS):

- **Persistencia de síntomas en 1 mes:** ... ..
- **Persistencia de síntomas 2 meses:** .....
- **Persistencia de síntomas 3 meses:** .....

**DATOS DEL ALIMENTO**

**Fecha de consumo del pescado:** (dd-mm-aaaa): ..... / ..... / .....

**Hora de consumo del pescado:** (hh:mm): .....  AM  PM

**Tipo de pescado consumido:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medregal                  | <input type="checkbox"/> Barracuda        | <input type="checkbox"/> Abadejo/Abade |
| <input type="checkbox"/> Mero                      | <input type="checkbox"/> Morena           | <input type="checkbox"/> Pargo         |
| <input type="checkbox"/> Jurel                     | <input type="checkbox"/> Loro Viejo/Vieja |  |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar:: ..... |   |  |

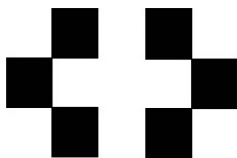
**Especie (nombre científico) del pescado consumido:**.....

**Nombre común del pescado consumido:**.....

**Tamaño total del pescado:**..... (Kilogramos aproximados)

**Tratamiento previo del pescado:**

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Refrigerado              | <input type="checkbox"/> Congelado        | <input type="checkbox"/> Salado      |
| <input type="checkbox"/> Desecado                 | <input type="checkbox"/> Ninguno (fresco) | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar: ..... |   |                                      |



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**Parte del pescado consumido:**

- Cabeza    Ventresca    Lomos    Cola    Huevas    Hígado    Desconocido

**Cantidad de pescado consumido:...** ..... (Gramos aproximados; una rodaja de merluza equivale aproximadamente a 80 gr)

**País de consumo del pescado:** .....

**Comunidad Autónoma/Región de consumo del pescado:** .....

**Lugar de consumo del pescado:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar   | <input type="checkbox"/> Cantina o comedor de empresa                           |
| <input type="checkbox"/> Camping o picnic                              | <input type="checkbox"/> Hospital o instalación sanitaria                       |
| <input type="checkbox"/> Venta ambulante o mercadillo                  | <input type="checkbox"/> Institución cerrada (geriátrico o prisión o internado) |
| <input type="checkbox"/> Restaurante, Café, Pub, Bar, hotel o catering | <input type="checkbox"/> Colegio o guardería                                    |
| <input type="checkbox"/> Buque   | <input type="checkbox"/> Otro transporte  |
| <input type="checkbox"/> Desconocido                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar: .....                      |   |

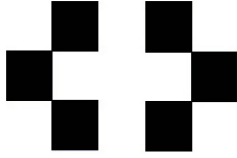
**Fecha de adquisición del pescado consumido: (dd-mm-aaaa):** .....

**Lugar de adquisición del pescado:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Venta ambulante  | <input type="checkbox"/> Mercadillo      |
| <input type="checkbox"/> Tienda   | <input type="checkbox"/> Pesca deportiva |
| <input type="checkbox"/> Desconocido  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar: Se lo dio a la familia un conocido que lo pescó en pesca recreativa ..... |  |

**Fecha de captura del pescado (dd-mm-aaaa):** ..... / ..... / .....

**Origen del pescado:**



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**País:..... Comunidad Autónoma/Región: .....**

**Localidad: .....¿Dónde adquirió el alimento?.....**

**¿Consumió marisco el caso?  Sí  No**

**¿Tiene restos del pescado crudo o cocinado?: No  Si**

**En caso afirmativo indíquelo al paciente que se abstenga de consumirlos, los coloque en una bolsa de plástico limpia y los conserve en el congelador de su nevera hasta que sea recogido por personal de la Dirección General de Salud Pública, (para su envío al laboratorio).**

**DATOS DE LABORATORIO (a rellenar por Epidemiología)**

**¿Se envió el pescado para análisis de ciguatoxinas?  Sí  No**

**Si se envió, ¿dónde?: .....**

**Métodos de laboratorio para la detección/cuantificación de ciguatoxinas:**

Cromatografía líquida/Espectrometría de masas  Ensayo celular

Ensayo de unión al receptor  Bioensayo en ratón

Otro, especificar: .....

**¿Cuáles fueron los resultados de análisis del pescado?:  Positivo  Negativo  Desconocido**

**Si fue positivo, ¿se notificó a las autoridades de seguridad alimentaria?**

Sí Número de referencia.....

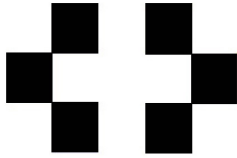
No

**¿Se envió el pescado para determinación de la especie?  Sí  No**

**Si se envió, nombre de la especie.....**

**MEDIDAS APLICADAS**

**Tratamiento de los casos:  Sí  No**



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**En caso afirmativo, tipo de tratamiento:**

- Manitol .....
- Otro, especificar: .....
- Desconocido.....

**Otras medidas tomadas:**

.....

.....

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO (a rellenar por Epidemiología):**

**Clasificación del caso:**

- Sospechoso
- Probable
- Confirmado

**Estado del cuestionario:**

- Pendiente
- Validado
- Descartado
- Descartado en origen

**Criterios:**  Clínico  epidemiológico  de laboratorio

**Tipo de caso:**

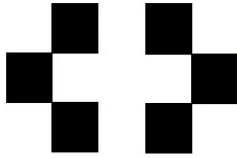
- Asociado al consumo de pescado autóctono (pescado capturado dentro de la UE).
- Asociado al consume de pescado importado (pescado capturado fuera de la UE).
- Asociado a viaje (consumo de pescado en un área endémica).
- Asociado al consumo de pescado en Canarias.

**Presentación del caso:**

- Esporádico  Asociado a brote  Desconocido

**Nº de casos:..... Nº de comensales:.....**

**Si está asociado a un brote, Identificador del brote:.....**



**Servicio Canario de la Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

**OBSERVACIONES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....