

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN

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: Descartado **Criterios de clasificación:** Clínico
 Sospechoso Laboratorio
 Probable Epidemiológico
 Confirmado
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 DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre: _____
 Centro de Trabajo: _____
 Municipio: _____ Área: ____ Teléfono: _____ Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra (Determinación)	Realizada (Sí/No)	Resultado	Fecha toma	Fecha recepción	Fecha resultado	Laboratorio: LNR/no LNR
Suero 1 (Ig M)			____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Suero 1 (avidez Ig G)			____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Suero 1 (Ig G)			____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Suero 2 (Ig G)			____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Exudado faríngeo (RT-PCR)			____/____/____	____/____/____	____/____/____	

Genotipado: Sí No NS/NC Genotipo identificado: _____
 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 DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

Estado vacunal desconocido
 Paciente no vacunado
 Paciente vacunado ⇒ Tipo de vacuna: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: ____/____/____
 Vacunación documentada: No documentada Algunas dosis Todas las dosis

VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:

Vacunación correcta para la edad: Sí No
 ¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?
 Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: Sí No
 No

DATOS ESPECÍFICOS DE SARAMPIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Sí No NS/NC

Exantema maculopapular ⇒ Fecha de inicio: ____/____/____ Duración: _____ días
 Fiebre (≥38°C) ⇒ Fecha de inicio: ____/____/____
 Coriza
 Tos
 Conjuntivitis
 Otra clínica ⇒ Especificar: _____

Complicaciones: Sí No NS/NC

Diarrea
 Encefalitis
 Otitis media
 Hepatitis
 Neumonía
 Laringotraqueobronquitis
 Otras complicaciones ⇒ Especificar: _____

OTRAS CLASIFICACIONES:

- Caso vacunal
 Relacionado con un caso importado

En caso de ser descartado:

- Sarampión Parvovirus B19 Herpes virus 6 Adenovirus Enterovirus
 Otro, _____ No identificado Fecha resultado: ____/____/____

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN:

Contacto con caso confirmado de sarampión los 7-18 días previos al inicio del exantema: Sí No NS/NC

En caso de contacto: Nombre y apellidos: _____ Nº EDO: _____

Ámbito de exposición:

- Hogar Escuela infantil Colegio Otro centro docente Centro de salud
 Hospital Otro centro sanitario Lugar de trabajo Centro deportivo Medio de transporte
 Otros: _____

Realización de algún viaje en los 7-18 días previos al inicio de síntomas: Sí No NS/NC

Lugar del viaje: País: _____ Comunidad Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: ____/____/____ Fecha de vuelta: ____/____/____

DATOS ESPECÍFICOS DEL COLECTIVO

COLECTIVOS A LOS QUE ACUDIÓ EL CASO DURANTE EL PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD*

COLECTIVO 1:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

COLECTIVO 2:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

COLECTIVO 3:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

*Período de transmisibilidad: 4 días antes y 4 después de la aparición del exantema.

	COLECTIVO 1	COLECTIVO 2	COLECTIVO 3
Nombre			
Ámbito*			
Días de asistencia en el periodo de infectividad**			
del día			
al día			
Nº total de contactos			
Nº embarazadas entre los contactos			
¿Han aparecido casos en los 18 días del seguimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Nº total de casos secundarios			
Nº embarazadas entre los casos sec.			
Intervención realizada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Fecha	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Tipo de intervención			
Vacuna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Ig G	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Información	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Estado vacunal de los contactos			
Vacunados correctamente			
Vacunados incorrectamente			
No vacunados			
Administración de inmunoprofilaxis			
Se recomendó vacuna en			
Se vacunaron			
Causas no vacunación			
Se recomendó IG G en			
Se dio Ig G en			
Causas no Ig G			
Personas que acreditan seroprotec.			

* Ámbito: hogar, escuela infantil, colegio, otro centro docente, centro de salud, hospital, otro centro sanitario, lugar de trabajo, centro deportivo, medio de transporte, otros (especificar).

**Período de infectividad: 4 días antes y 4 después de la aparición del exantema

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN:	EXPUESTOS	CASOS
Nº TOTAL		
Vacunados		
	Con 1ª dosis	
	Con 2ª dosis	
No vacunados		
No vacunados correctamente		
Personas que acreditan seroprotección		

OBSERVACIONES