



**Comunidad  
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE  
FIEBRE DEL NIÑO OCCIDENTAL**

**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
Fecha de declaración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Manifestación clínica** (marcar las opciones que correspondan):  
 Encefalitis  Exantema  
 Fiebre  Meningitis  
 Parálisis Flácida Aguda  Síndrome de Guillain Barré  
 Otra  
**Hospitalizado**<sup>1</sup>: Sí  No   
**Fecha de ingreso hospitalario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de alta hospitalaria:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Defunción:** Sí  No   
**Fecha de defunción:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Lugar del caso**<sup>2</sup>:  
**País:** \_\_\_\_\_ **C. Autónoma:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_  
**Importado**<sup>3</sup>: Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de recepción en el laboratorio fuente:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha de diagnóstico de laboratorio:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Agente causal**<sup>4</sup>:  Virus West Nile  
**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):  
 Líquido céfalo raquídeo (LCR)  
 Sangre  
 Suero  
**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):  
 Ácido Nucleico, detección  Aislamiento  
 Anticuerpo, detección  Anticuerpo, IgG  
 Anticuerpo, IgM  Anticuerpo, seroconversión  
**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):** Sí  No   
Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_  
Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>2</sup> Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

<sup>3</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>4</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente



**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulador de animales
- Medioambiental: agua
- Medioambiental: animal
- Trabajador de laboratorio
- Trabajador sanitario

**Exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

- Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados
- Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes..., sin especificar
- Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)
- Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

- Caballo
- Animal de caza menor (aves)
- Otro animal
- Mosquito
- Otro Salvaje libre

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones):

- Aguas costeras
- Fuente
- Lago
- Rural
- Urbano
- Boscoso
- Humedal
- Pozo
- Selvático
- Fosa séptica
- Inundación
- Rio
- Terreno encharcado

**Datos de viaje:**

Viaje durante el periodo de incubación: Sí  No

Lugar del viaje:

País: \_\_\_\_\_

Fecha de ida: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de vuelta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DATOS DE VACUNACIÓN**

Vacunado de Fiebre amarilla:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: ___/___/___
Vacunado de Encefalitis japonesa:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: ___/___/___
Vacunado de Encefalitis por garrapatas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: ___/___/___

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable
- Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Criterio epidemiológico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Criterio de laboratorio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Asociado:**

A brote: Sí  No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES <sup>6</sup>**

<sup>5</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>6</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta