



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: ____/____/____
Complicaciones: Sí No
Hospitalizado¹: Sí No
Defunción: Sí No
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio (resultado concluyente): __-__-____
Agente causal⁴: Virus Varicela Zóster
Tipo de Muestra⁵ (marcar las que correspondan):
Suero Líquido vesicular
Prueba⁶ (marcar las que correspondan):
 Aislamiento Detección de ácido nucleico (PCR)
 Detección de antígeno por inmunofluorescencia directa
 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: _____

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

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

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

⁵ Muestra: marcar todas las muestras con resultado positivo para este agente

⁶ Prueba: marcar todas las pruebas con resultado positivo para este agente



DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí No

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: ____-____-____

Presenta documento de vacunación Sí No

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Sospechoso

Probable

Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

Varicela en vacunado por virus salvaje (*break throug*)

Caso vacunal

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁷: _____

OBSERVACIONES⁸

⁷ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁸ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta