

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____	Apellido 1: _____	Apellido 2: _____
DNI/NIE: _____	Pasaporte: _____	CIPA: _____
CIP-SNS: _____		
Sexo al nacimiento: _____		
Sexo administrativo: _____		
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses (si menos de 2 años)
País de nacimiento: <input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____	
	Fecha aprox. llegada a España: _____	
Nacionalidad: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
Domicilio: _____	Nº: _____	Piso: _____
Municipio: _____	Código postal: _____	Distrito: _____
Zona Básica: _____		
Provincia: _____	C. Autónoma: _____	País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____	Fecha de diagnóstico: _____
Clasificación del caso: _____	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico
	<input type="checkbox"/> Laboratorio
	<input type="checkbox"/> Epidemiológico
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):	
<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio _____	
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: _____	
Estancia en UCI: <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____	
Nº historia clínica: _____	
Evolución:	
Si secuelas: ⇒ Especificar: _____	
Si fallecimiento: Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: _____	
Colectivo de interés: _____	
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____	
<input type="checkbox"/> No	
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):	
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio	
<input type="checkbox"/> Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):	
Tipo de lugar o colectivo: _____	
Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____	
Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____	
Provincia: _____ C. Autónoma: _____ País: _____	

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____	Fecha de notificación: _____
Centro/Institución: _____	Servicio/Otro: _____
Municipio: _____	Teléfono: _____
	Email: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico (PCR)	_____	_____	_____	_____
Detección anticuerpos	_____	_____	_____	_____
Detección de anticuerpo, IgM	_____	_____	_____	_____
Detección de anticuerpo, IgG	_____	_____	_____	_____
Anticuerpos neutralizantes	_____	_____	_____	_____
Anticuerpos, seroconversión	_____	_____	_____	_____

Agente causal: Virus del Nilo Occidental **Linaje del virus:** _____

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS CLÍNICOS

Manifestaciones clínicas: Asintomático Clínica neurológica Otra clínica no neurológica Desconocido

Comorbilidad: Sí No Desconocido

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN

Exposición en otro país: No
 Sí ⇒ País/es: _____ Continente: _____
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Exposición en otra C. Autónoma: No
 Sí ⇒ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Exposición (Marcar la que se considere más probable como mecanismo de transmisión):

Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Ocupación/Actividad de riesgo:

Si otra ocupación/actividad ⇒ Especificar: _____

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna de fiebre amarilla: Fecha de la última dosis: _____

Vacuna de encefalitis japonesa: Fecha de la última dosis: _____

Vacuna de encefalitis transmitida por garrapatas: Fecha de la última dosis: _____

Vacuna de dengue: Fecha de la última dosis: _____

OBSERVACIONES