

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

### 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		
<b>Ingreso hospitalario</b> (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: _____			
<b>Evolución:</b> Si secuelas: ⇒ Especificar: _____ Si fallecimiento: ⇒ Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: _____			
Colectivo de interés: _____			
<b>Asociado a otro caso o brote</b> (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			
<b>Lugar de contagio del caso</b> (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: _____	
Municipio: _____	Teléfono: _____	Email: _____

## DATOS DE LABORATORIO

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

**Agente causal:**

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 DENGUE

**Manifestaciones clínicas:**

**Dengue grave:**

*Marcar "Sí" en el caso de presentar alguna de estas manifestaciones: alteración de consciencia (somnolencia, irritabilidad), shock hipovolémico, sangrado grave, fallo multiorgánico, dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, taquipnea o disnea*

**DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN** (2-12 días previos al inicio de síntomas o del diagnóstico si asintomático)

**Estancia en otro país:**  No  
 Sí ⇒ País/es: \_\_\_\_\_  
Fecha de ida: \_\_\_\_\_ Fecha de vuelta: \_\_\_\_\_

**Motivo de estancia en país endémico:**  
Si otro motivo ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**Estancia en otra Comunidad Autónoma:**  No  
 Sí ⇒ C. Autónoma/Provincia: \_\_\_\_\_  
Fecha de ida: \_\_\_\_\_ Fecha de vuelta: \_\_\_\_\_

**Exposición:**  
Si otra exposición ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**Ocupación de riesgo:**

**Caso importado:**

**PERIODO DE VIREMIA** (hasta 10 días después del inicio de síntomas)

**Virémico en España:**

**Desplazamiento en España:**  No  
 Sí ⇒ CCAA: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

**Desplazamiento a otro país:**  No  
 Sí ⇒ País: \_\_\_\_\_  
Región/Municipio: \_\_\_\_\_

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado con alguna dosis:**  No  Sí ⇒ Número de dosis: \_\_\_\_ Fecha de la última dosis: \_\_\_\_\_  
Documento de vacunación:  No  Sí

## OBSERVACIONES