

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	Apellido 1:	Apellido 2:		
DNI/NIE:	Pasaporte:	CIPA:	CIP-SNS:	
Sexo al nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Desconocido
Sexo administrativo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> No determinado	<input type="checkbox"/> Desconocido
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:	
Municipio:	Teléfono:	Email:

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de anticuerpo, IgM	_____	_____	_____	_____
Anticuerpo, seroconversión	_____	_____	_____	_____
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 FIEBRE HEMORRÁGICA DE CRIMEA-CONGO

Manifestaciones clínicas:

Ingreso en UATAN: No Desconocido
 Sí ⇒ Fecha de ingreso en UATAN: _____ Fecha de alta en UATAN: _____

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN (P. incubación: 1-13 días previos al inicio de síntomas o del diagnóstico si asintomático)

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: _____

Ocupación/Actividad de riesgo:

Si otra actividad ⇒ Especificar: _____

Exposición:

Si Otra exposición ⇒ Especificar: _____

Ámbito de exposición: Rural Urbano

¿Se dispone de la garrapata?: No Desconocido
 Sí ⇒ ¿Se ha analizado la garrapata?: No Desconocido
 Sí ⇒ Resultado: _____

Caso importado:

INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS: Sí No Desconocido

OBSERVACIONES