

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA

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:	
Municipio:	Teléfono:	Email:

DATOS DE LABORATORIO

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

Agente causal:
 Virus de la Fiebre Amarilla

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 AMARILLA

Manifestaciones clínicas: Ictericia Hemorragia

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN (3-6 días previos al inicio de síntomas)

Estancia en otro país: No
 Sí ⇒ País/es: _____
Fecha de entrada en el lugar de exposición del caso: _____
Fecha de última estancia en el lugar de exposición del caso: _____

Motivo de estancia en país endémico:
Si otro motivo ⇒ Especificar: _____

Ocupación de riesgo: Personal de laboratorio

Exposición:
Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Ámbito exposición:
 Rural Urbano Selvático

Caso importado:

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis (con documento de vacunación):
Número de dosis: _____ Fecha de la última dosis recibida: _____

OBSERVACIONES