

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DE LASSA

### 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 |
|-----------------------------------|---------|-----------|--------------------|-----------------|
| Detección de ácido nucleico (PCR) | _____   | _____     | _____              | _____           |
| Aislamiento                       | _____   | _____     | _____              | _____           |

**Agente causal:**  
 Virus de Lassa

**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 DE LASSA

**Manifestaciones clínicas:**  
 Fiebre  Manifestaciones hemorrágicas no explicadas  
 Signos/síntomas neurológicos  Signos/síntomas gastrointestinales

**Ha recibido atención sanitaria durante su estancia en país endémico:**  
Ingreso en UATAN:  No  Desconocido  
 Sí ⇒ Fecha de ingreso en UATAN: \_\_\_\_\_ Fecha de alta en UATAN: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN** (6-21 días previos al inicio de los 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: \_\_\_\_\_

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

**Ocupación de riesgo:**  
Exposición a liberación intencionada: \_\_\_\_\_ Fecha de exposición: \_\_\_\_\_

**Caso importado:**

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS:**

### OBSERVACIONES