

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
 DNI/NIE: _____ Pasaporte: _____ CIPA: _____ CIP-SNS: _____
 Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Años
 País de nacimiento: ☐ España ☐ Meses (si menos de 2 años)
☐ 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: ☐ Clínico
☐ Laboratorio
☐ Epidemiológico
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ No
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: _____
 Estancia en UCI: ☐ No
☐ 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):
☐ Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____
☐ No
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
☐ Coincide con el domicilio
☐ 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	_____	_____	_____	_____
Anticuerpo, 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 (P. incubación: 15 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: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Exposición:

Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Caso importado:

☐ No

☐ Sí

DESPLAZAMIENTOS EN PERIODO DE VIREMIA (desde 2 días antes hasta 7 días después del inicio de síntomas)

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