

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ A pellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Meses Años
País de Nacimiento: España Otros, especificar: _____ Año de llegada a España: _____
Nacionalidad: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso _____
Municipio: _____ Código Postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ Fecha de diagnóstico clínico: _____

Clasificación del caso: Sospechoso Probable Confirmado
Criterios de clasificación: Clínico Laboratorio Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):

Sí → Hospital _____ Servicio _____
Nº historia Clínica _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

No

Evolución: Curación
 Secuelas, especificar secuelas
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento _____

Situaciones de interés epidemiológico:

Albergue/Indigente Trabajador de centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
 Otras, especificar: _____

Colectivo de Interés: _____

Asociado a otros caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):

Sí, especificar: _____
 No

Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):

Coincide con el domicilio
 Diferente del domicilio

Lugar: _____

Dirección: _____ Nº _____ Piso _____

Municipio: _____ Código Postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____

Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____

Centro de Trabajo: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____ Fecha de declaración: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de anticuerpo, IgM				
Detección de anticuerpo				
Detección de anticuerpo, IgG				
Anticuerpos neutralizantes				
Anticuerpo, seroconversión				
Detección ácido nucleico				
Aislamiento				

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra de declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

Agente causal: Virus del Nilo occidental Linaje 1 Linaje 2

DATOS ESPECÍFICOS DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Sí No NS/NC

Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis Flácida Aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Guillain Barré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí No NS/NC

COMPLICACIONES → Especificar _____

DATOS DEL RIESGO

OCCUPACIÓN DE RIESGO (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulador de animales
- Medioambiental: agua
- Medioambiental: animal
- Trabajador de laboratorio
- Trabajador sanitario

EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):

- Contacto con mosquitos
- Contacto con animal (excepto mosquito), tejidos de animales o derivados
- Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, trasplantes, etc., sin especificar
- Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)
- Persona a Persona: Madre-Hijo. Es un recién nacido de madre infectada

ANIMAL SOSPECHOSO O INFECTADO EN EL ENTORNO (marcar una de las siguientes opciones):

- Caballo
- Mosquito
- Animal de caza menor
- Otro salvaje libre
- Otro animal

ÁMBITO DE EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras | <input type="checkbox"/> Boscoso | <input type="checkbox"/> Fosa séptica |
| <input type="checkbox"/> Fuente | <input type="checkbox"/> Humedal | <input type="checkbox"/> Inundación |
| <input type="checkbox"/> Lago | <input type="checkbox"/> Pozo | <input type="checkbox"/> Río |
| <input type="checkbox"/> Rural | <input type="checkbox"/> Selvático | <input type="checkbox"/> Terreno encharcado |

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

DATOS DE VACUNACIÓN

	Sí	No	
Vacunado de Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: _____
Vacunado de Encefalitis japonesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: _____
Vacunado de Encefalitis por garrapatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de vacunación: _____

OBSERVACIONES