

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Aellido 1: _____ Aellido 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

OCUPACIÓN 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