

Anexo 1A. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA GENÉRICA PARA NOTIFICAR FIEBRES HEMORRÁGICAS VÍRICAS (EXCEPTO FIEBRE AMARILLA Y DENGUE HEMORRÁGICO O GRAVE)

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido1:	_____	Apellido2:	_____			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	____	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Probable	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico
	<input type="checkbox"/> Confirmado		<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"/> Sí ⇒	Hospital:	_____	Servicio _____
	Nº historia clínica:	_____	
<input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso:	_____	Fecha de alta: _____
Evolución:	<input type="checkbox"/> Curación		
	<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas:	_____	
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento:	_____	
Situaciones de interés epidemiológico:			
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigente	<input type="checkbox"/> Trabajador de centro sanitario	<input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)	
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia:	_____		
<input type="checkbox"/> Otras, especificar:	_____		
Colectivo de interés:	_____		
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):			
<input type="checkbox"/> Sí, especificar:	_____		
<input type="checkbox"/> No			
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):			
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio			
<input type="checkbox"/> 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:	_____

Anexo 1A. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA GENÉRICA PARA NOTIFICAR FIEBRES HEMORRÁGICAS VÍRICAS (EXCEPTO FIEBRE AMARILLA Y DENGUE HEMORRÁGICO O GRAVE)

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido1:	_____	Apellido2:	_____			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	____	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Probable	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico				
	<input type="checkbox"/> Confirmado		<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"/> Sí ⇒	Hospital:	_____	Servicio _____				
	Nº historia clínica:	_____					
<input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso:	_____	Fecha de alta: _____				
Evolución:	<input type="checkbox"/> Curación						
	<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas:	_____					
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento:	_____					
Situaciones de interés epidemiológico:							
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigente	<input type="checkbox"/> Trabajador de centro sanitario	<input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)					
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia:	_____						
<input type="checkbox"/> Otras, especificar:	_____						
Colectivo de interés:	_____						
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):							
<input type="checkbox"/> Sí, especificar:	_____						
<input type="checkbox"/> No							
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):							
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio							
<input type="checkbox"/> 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:	_____

- Persona a persona: contacto con un enfermo o infectado (portador)
- Persona a persona: con persona de país de alta prevalencia
- Persona a persona: sexual sin especificar
- Ocupacional
- Nosocomial
- Otra exposición ambiental (como tareas de jardinería, agricultura; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.)

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Animal de caza mayor | <input type="checkbox"/> Animal de caza menor | <input type="checkbox"/> Caballo |
| <input type="checkbox"/> De granja | <input type="checkbox"/> Garrapata | <input type="checkbox"/> Gato |
| <input type="checkbox"/> Mascota exótica | <input type="checkbox"/> Mono | <input type="checkbox"/> Mosquito |
| <input type="checkbox"/> Murciélago | <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Pulga |
| <input type="checkbox"/> Roedor | <input type="checkbox"/> Salvaje cautivo | <input type="checkbox"/> Zorro |
| <input type="checkbox"/> Otra mascota | <input type="checkbox"/> Otro artrópodo | <input type="checkbox"/> Otro salvaje libre |
| <input type="checkbox"/> Otro animal | | |

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras | <input type="checkbox"/> Alcantarillado menor | <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 | <input type="checkbox"/> Urbano | |

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje: País: _____ Comunidad Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inmigrante recién llegado | <input type="checkbox"/> Visita familiar |
| <input type="checkbox"/> Trabajador temporal | <input type="checkbox"/> Turismo |
| <input type="checkbox"/> Otro motivo, especificar: _____ | |

Tipo de alojamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Balneario | <input type="checkbox"/> Camping |
| <input type="checkbox"/> Crucero | <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Privado |
| <input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____ | | <input type="checkbox"/> Desconocido |

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Ébola | <input type="checkbox"/> Fiebre de Lassa |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Marburg | <input type="checkbox"/> Fiebre de de la fiebre del bosque de Kyasanur |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de la fiebre del Valle del Rift | <input type="checkbox"/> Fiebre de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de la fiebre hemorrágica de Omsk | <input type="checkbox"/> fiebre hemorrágica por Arenavirus, otro |
| <input type="checkbox"/> Fiebre por Hantavirus | |

INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS: Sí No NS/NC

OBSERVACIONES

Anexo 1B. FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE CONTACTOS DE FHCC

Unidad/persona responsable del seguimiento: _____ Tfno: _____

Fecha de Identificación del contacto: _____

Comunidad Autónoma: _____ Ciudad: _____

Contacto identificado por (especificar si se ha identificado por Salud Pública, Unidad de Riesgos Laborales, ONG, el contacto acude espontáneamente, etc.): _____

Fecha de inicio de seguimiento: _____ Fecha fin de seguimiento: _____

Datos del caso índice

Código caso⁶ _____

Nombre caso: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____

Fecha de Inicio de síntomas: _____

Datos del contacto

Código contacto⁷ _____ Fecha última exposición (dd/mm/aaaa): _____

Nombre contacto: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____

Domicilio: _____

Sexo: (H/M) __ Fecha nacimiento: _____ Nº teléfono: _____

Lugar de exposición: España País afectado Otro

Ámbito de exposición

Sanitario: SI No Profesión _____

Centro de Salud

Hospital

Servicios de Emergencias

Otros _____

Especificar actividad: _____

Conviviente: SI No especificar _____

Social/amigo SI No especificar _____

Laboral Sí No especificar _____

Otro: _____

Resumir detalles de la exposición o contacto:

Clasificación contactos: Alto riesgo Bajo riesgo

⁶ Propuesta de Código: Código: CCAA; Año(aa); N^º Caso

⁷ Propuesta de Código: Código: CCAA; Año(aa); N^º Contacto

Anexo 1C. DATOS MÍNIMOS A RECOGER EN EL SEGUIMIENTO DE CADA CONTACTO FHCC

Unidad/persona que realiza el seguimiento: _____

Datos del contacto

Código contacto⁸ _____

Nombre contacto: _____ 1er apellido: _____ 2º apellido: _____

Fecha última exposición (dd/mm/aaaa): _____

Fecha de inicio de seguimiento: _____ **Fecha fin de seguimiento:** _____

Tabla de seguimiento de contacto

Día	Fecha	Tª toma 1	Tª toma 2	Síntomas No/Sí(especificar)	Persona que la realiza	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

⁸ Propuesta de Código: Código: CCAA;Año(aa);Nº Contacto