

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 <input type="checkbox"/> Confirmado	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"/> 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: ☐ 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: ☐ 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: _____
☐ No Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

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 otro 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				
Anticuerpo, neutralización				
Anticuerpo, seroconversión				
Detección de antígeno				
Detección ácido nucleico				
Visualización				
Aislamiento				

Agente causal:

☐ Virus de Ébola
 ☐ Virus de Lassa
☐ Virus de Marburg
 ☐ Virus de la fiebre del bosque de Kyasanur
☐ Virus de la fiebre del Valle del Rift
 ☐ Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo
☐ Virus de la fiebre hemorrágica de Omsk
 ☐ Hantavirus
☐ Otros Arenavirus, especificar: _____

Genotipo: _____

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE FIEBRE HEMORRÁGICAS POR VIRUS CRIMEA-CONGO

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
Cefalea						
Diarrea						
Dolor abdominal intenso						
Edema sin especificar						
Erupción cutánea						
Fallo multiorgánico						
Faringitis						
Fiebre						
Hemorragias						
Otra clínica						
Complicaciones						

☐ Sí
 ☐ No
 ☐ NS/NC

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

OCUPACIÓN/ACTIVIDAD DE RIESGO especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:

☐ Atiende a personas enfermas
 ☐ Manipulador de alimentos
☐ Manipulador de animales (veterinario, cazador, trabajador matadero)
 ☐ Medioambiental: agua
☐ Medioambiental: animal (limpieza en establos)
 ☐ Medioambiental: suelo (agricultor, jardinero)
☐ Trabajador de laboratorio
 ☐ Trabajador sanitario
☐ Trabajador del sexo
 ☐ Otra ocupación

EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Agua de bebida
☐ Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)
☐ Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales o derivados
☐ Contacto con animal de zona endémica
☐ Contacto con animal vector (garrapata, mosquito, otros) /vehículo de transmisión
☐ Lesión no ocupacional

- ☐ 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° Caso

⁷ Propuesta de Código: Código: CCAA; Año(aa); N° 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