

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____	Apellido 1: _____	Apellido 2: _____
DNI/NIE: _____	Pasaporte: _____	CIPA: _____ CIP-SNS: _____
Sexo al nacimiento: _____		
Sexo administrativo: _____		
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses (si menos de 2 años)
País de nacimiento: <input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> 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: <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"/> No <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: _____ Estancia en UCI: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____ <input type="checkbox"/> No	
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad): <input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio <input type="checkbox"/> 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	_____	_____	_____	_____
Seroconversión	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico (PCR)	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

Agente causal: Virus chikungunya

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 ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA

Manifestaciones clínicas:

Complicaciones:

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN (2-12 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:

Estancia en otra Comunidad Autónoma: No
 Sí ⇒ C. Autónoma/Provincia: _____
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Exposición:
Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Ocupación de riesgo:

Caso importado:

PERIODO DE VIREMIA (hasta 10 días después del inicio de síntomas)

Virémico en España:

Desplazamiento en España: No
 Sí ⇒ CCAA: _____ Provincia: _____
Municipio: _____

Desplazamiento a otro país: No
 Sí ⇒ País: _____
Región/Municipio: _____

OBSERVACIONES