

**ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA/VIRUS MARBURGO**

**DATOS DE FILIACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
 DNI/NIE: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ CIPA: \_\_\_\_\_ CIP-SNS: \_\_\_\_\_  
 Sexo al nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo administrativo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Años  Meses (si menos de 2 años)  
 País de nacimiento:  España  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: \_\_\_\_\_ Criterios de clasificación:  Clínico  
 Laboratorio  
 Epidemiológico  
 Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):  
 No  
 Sí ⇒ Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_ Motivo de alta: \_\_\_\_\_  
 Estancia en UCI:  No  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):  
 Sí ⇒ Nº de brote: \_\_\_\_\_ Otra información sobre casos asociados: \_\_\_\_\_  
 No  
 Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):  
 Coincide con el domicilio  
 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 ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Detección de Ac específicos IgM	_____	_____	_____	_____
Seroconversión	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

**Agente causal:**

**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 EVE/EMC

**Manifestaciones clínicas:**

Fiebre  Manifestaciones hemorrágicas no explicadas

Signos/síntomas neurológicos  Signos/síntomas gastrointestinales

**Ha recibido atención sanitaria durante su estancia en país endémico:**

**Ingreso en UATAN:**  No  Desconocido

Sí ⇒ Fecha de ingreso en UATAN: \_\_\_\_\_ Fecha de alta en UATAN: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN (4-21 días previos al inicio de los síntomas)**

**Estancia en otro país:**  No

Sí ⇒ País/es: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en el lugar de exposición del caso: \_\_\_\_\_

Fecha de última estancia en el lugar de exposición del caso: \_\_\_\_\_

**Motivo de estancia en país endémico:**

Si otro motivo ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**Exposición:**

Si otra exposición ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**Ocupación de riesgo:**

**Exposición a liberación intencionada:**

Fecha de exposición: \_\_\_\_\_

**Caso importado:**

**INVESTIGACIÓN DE CONTACTOS:**  Sí  No  Desconocido

### OBSERVACIONES