

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PALUDISMO

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: Confirmado 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 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Visualización | _____ | _____ | _____ | _____ |

Agente causal:
Agente causal en parasitaciones mixtas (marcar la segunda y tercera especies de *Plasmodium* si hubiera parasitación mixta):

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium falciparum</i> | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium ovale</i> | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium knowlesi</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium vivax</i> | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium cynomolgi</i> | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium simium</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium malariae</i> | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium sp</i> | |

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 PALUDISMO

Manifestaciones clínicas:
Paludismo grave:
Marcar "Si" en el caso de presentar alguna de estas manifestaciones: encefalopatía aguda, convulsiones, confusión mental, coma, anemia grave, síndrome de distrés respiratorio agudo, ictericia e insuficiencia renal (hemoglobinuria palúdica), nefritis, fallo multiorgánico, rotura esplénica.

Administración de quimioprofilaxis:

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN

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: _____

Ocupación de riesgo:

Caso importado:

Exposición en casos no importados:
Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Tipo de caso no importado:

Datos de la Madre (en menores de 15 años):
País de nacimiento: _____ Fecha aprox. de llegada a España: _____

OBSERVACIONES