

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

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:	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:	_____				
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	_____	_____	_____	_____
Anticuerpo IgG (Zika congénito)	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Detección ácido nucleico (PCR)	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

Agente causal: Virus Zika

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR): Sí No Desconocido

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

Manifestaciones clínicas:

Complicaciones:

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN (3-15 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:
Si otro motivo ⇒ Especificar: _____

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

Exposición:
Si otra exposición ⇒ Especificar: _____

Ocupación de riesgo: Personal de laboratorio

Caso importado:

Embarazo en el inicio de los síntomas: No
 Sí ⇒ Semana de gestación: _____

Evolución del embarazo:
Semana de gestación en el momento del parto o aborto: _____

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