

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

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: ☐ 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):
☐ 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 ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección de anticuerpo, IgM	_____	_____	_____	_____
Seroconversión	_____	_____	_____	_____

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 FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN

Exposición 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: _____

Exposición en otra C. Autónoma: ☐ No
☐ Sí ⇒ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Exposición (marcar la opción conocida o más probable):

Caso importado:

OBSERVACIONES