



**Comunidad
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE
FIEBRE DEL NIÑO OCCIDENTAL**

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de trabajo: _____
Municipio: _____ Tfno.: _____
Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Meses Años
País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Fecha de llegada: ____/____/____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):
 Encefalitis Exantema
 Fiebre Meningitis
 Parálisis Flácida Aguda Síndrome de Guillain Barré
 Otra
Hospitalizado¹: Sí No
Fecha de ingreso hospitalario: ____/____/____ Fecha de alta hospitalaria: ____/____/____
Defunción: Sí No
Fecha de defunción: ____/____/____
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____/____/____
Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____
Agente causal⁴: Virus West Nile
Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):
 Líquido céfalo raquídeo (LCR)
 Sangre
 Suero
Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):
 Ácido Nucleico, detección Aislamiento
 Anticuerpo, detección Anticuerpo, IgG
 Anticuerpo, IgM Anticuerpo, seroconversión
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____
Identificador de muestra en el LNR: _____

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente



DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulador de animales
 Medioambiental: agua
 Medioambiental: animal
 Trabajador de laboratorio
 Trabajador sanitario

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados
 Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes..., sin especificar
 Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)
 Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Caballo Mosquito
 Animal de caza menor (aves) Otro Salvaje libre
 Otro animal

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Aguas costeras Boscoso Fosa séptica
 Fuente Humedal Inundación
 Lago Pozo Rio
 Rural Selvático Terreno encharcado
 Urbano

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____

Fecha de ida: ___/___/___

Fecha de vuelta: ___/___/___

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado de Fiebre amarilla: Sí No Fecha de vacunación: ___/___/___
Vacunado de Encefalitis japonesa: Sí No Fecha de vacunación: ___/___/___
Vacunado de Encefalitis por garrapatas: Sí No Fecha de vacunación: ___/___/___

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable
 Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No
Criterio epidemiológico Sí No
Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁵: _____

OBSERVACIONES⁶

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁶ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta