

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido1: _____ Apellido2: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: ___/___/____ Edad: ___ Meses Años

País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Año de llegada a España: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____

Municipio: _____ Código postal: _____ Área: ___ Distrito: ___ Zona Básica: _____

Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/____ Fecha de diagnóstico: ___/___/____

Clasificación del caso: Descartado Sospechoso 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):

Sí ⇨ Hospital: _____ Servicio: _____
Nº historia clínica: _____
Fecha de ingreso: ___/___/____ Fecha de alta: ___/___/____

No

Evolución: Curación
 Secuelas, especificar secuelas: _____
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: ___/___/____

Situaciones de interés epidemiológico:

Albergue/Indigencia Trabaja en centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
 Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____ Área _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):

Sí, especificar: _____
 No

Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):

Coincide con el domicilio
 Diferente del domicilio:

Lugar: _____
Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____ Área: ___ Distrito: ___ Zona Básica: _____
Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre: _____
Centro de Trabajo: _____
Municipio: _____ Área: ___ Teléfono: _____ Fecha de declaración: ___/___/____

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra (Determinación)	Realizada (Sí/No)	Resultado	Fecha toma	Fecha recepción	Fecha resultado	Laboratorio: LNR/no LNR
Suero 1 (Ig M)			___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Suero 1 (avidez Ig G)			___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Suero 1 (Ig G)			___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Suero 2 (Ig G)			___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Exudado faríngeo (RT-PCR)			___/___/___	___/___/___	___/___/___	

Genotipado: Sí No NS/NC Genotipo identificado: _____

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

Estado vacunal desconocido

Paciente no vacunado

Paciente vacunado ⇒ Tipo de vacuna: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: ___/___/___

Vacunación documentada: No documentada Algunas dosis Todas las dosis

VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:

Vacunación correcta para la edad: Sí No

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: Sí No

No

DATOS ESPECÍFICOS DE SARAMPIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	Sí	No	NS/NC
Exantema maculopapular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Fecha de inicio: ___/___/___ Duración: _____ días
Fiebre (≥38°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Fecha de inicio: ___/___/___
Coriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Especificar: _____
Complicaciones:	Sí	No	NS/NC
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otitis media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laringotraqueobronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Especificar: _____
OTRAS CLASIFICACIONES:			
<input type="checkbox"/> Caso vacunal			
<input type="checkbox"/> Relacionado con un caso importado			

En caso de ser descartado:

Sarampión Parvovirus B19 Herpes virus 6 Adenovirus Enterovirus

Otro, _____ No identificado Fecha resultado: ____/____/____

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN:

Contacto con caso confirmado de sarampión los 7-18 días previos al inicio del exantema: Sí No NS/NC

En caso de contacto: Nombre y apellidos: _____ Nº EDO: _____

Ámbito de exposición:

Hogar Escuela infantil Colegio Otro centro docente Centro de salud

Hospital Otro centro sanitario Lugar de trabajo Centro deportivo Medio de transporte

Otros: _____

Realización de algún viaje en los 7-18 días previos al inicio de síntomas: Sí No NS/NC

Lugar del viaje: País: _____ Comunidad Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: ____/____/____ Fecha de vuelta: ____/____/____

DATOS ESPECÍFICOS DEL COLECTIVO

COLECTIVOS A LOS QUE ACUDIÓ EL CASO DURANTE EL PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD*

COLECTIVO 1:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

COLECTIVO 2:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

COLECTIVO 3:

Nombre: _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Teléfono: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc.): _____

*Período de transmisibilidad: 4 días antes y 4 después de la aparición del exantema.

	COLECTIVO 1	COLECTIVO 2	COLECTIVO 3
Nombre			
Ámbito*			
Días de asistencia en el periodo de infectividad**			
del día			
al día			
Nº total de contactos			
Nº embarazadas entre los contactos			
¿Han aparecido casos en los 18 días del seguimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Nº total de casos secundarios			
Nº embarazadas entre los casos sec.			
Intervención realizada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Fecha	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Tipo de intervención			
Vacuna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Ig G	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Información	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC
Estado vacunal de los contactos			
Vacunados correctamente			
Vacunados incorrectamente			
No vacunados			
Administración de inmunoprofilaxis			
Se recomendó vacuna en			
Se vacunaron			
Causas no vacunación			
Se recomendó IG G en			
Se dio Ig G en			
Causas no Ig G			
Personas que acreditan seroprotec.			

* Ámbito: hogar, escuela infantil, colegio, otro centro docente, centro de salud, hospital, otro centro sanitario, lugar de trabajo, centro deportivo, medio de transporte, otros (especificar).

**Periodo de infectividad: 4 días antes y 4 después de la aparición del exantema

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN:	EXPUESTOS	CASOS
Nº TOTAL		
Vacunados	Con 1ª dosis	
	Con 2ª dosis	
No vacunados		
No vacunados correctamente		
Personas que acreditan seroprotección		

OBSERVACIONES