

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: _____ 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: _____

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: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____

Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Nombre: _____

Centro de Trabajo: _____

Municipio: _____ 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	☐	☐	☐ ⇒ Fecha de inicio: _____ Duración: _____ días
Fiebre (≥38°C)	☐	☐	☐ ⇒ Fecha de inicio: _____
Coriza	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐	☐
Otra clínica	☐	☐	☐ ⇒ Especificar: _____
Complicaciones:	Sí	No	NS/NC
Diarrea	☐	☐	☐
Encefalitis	☐	☐	☐
Otitis media	☐	☐	☐
Hepatitis	☐	☐	☐
Neumonía	☐	☐	☐
Laringotraqueobronquitis	☐	☐	☐
Otras complicaciones	☐	☐	☐ ⇒ Especificar: _____

OTRAS CLASIFICACIONES:

☐ Caso vacunal
☐ Relacionado con un caso importado

En caso de ser descartado:

☐ 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?	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
Nº total de casos secundarios			
Nº embarazadas entre los casos sec.			
Intervención realizada	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
Fecha			
Tipo de intervención			
Vacuna	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
Ig G	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
Información	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC	☐ Sí ☐ No ☐ 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).

**Período 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