

## Encuesta epidemiológica genérica para Fiebres hemorrágicas.

**Identificación del caso y de la declaración:** A cumplimentar por la Subdirección de Epidemiología:

Comunidad Autónoma declarante: **EXTREMADURA**      Nº Identificador del caso:

Fecha de la primera declaración del caso <sup>1</sup>: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo: Hombre  Mujer

Lugar de residencia:

País: ..... C. Autónoma: .....

Provincia: ..... Municipio: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso <sup>3</sup>: ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

**Manifestación clínica** (marcar las opciones que correspondan):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cefalea               | <input type="checkbox"/> Diarrea            | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal intenso |
| <input type="checkbox"/> Edema sin especificar | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea   | <input type="checkbox"/> Fallo multiorgánico     |
| <input type="checkbox"/> Faringitis            | <input type="checkbox"/> Fiebre __ °C       | <input type="checkbox"/> Hemorragias             |
| <input type="checkbox"/> Linfopenia            | <input type="checkbox"/> Mialgia            | <input type="checkbox"/> Petequias               |
| <input type="checkbox"/> Proteinuria           | <input type="checkbox"/> Shock hipovolémico | <input type="checkbox"/> Transaminasas altas     |
| <input type="checkbox"/> Trombocitopenia       | <input type="checkbox"/> Vómitos            |  |

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: Sí  No

**Hospitalizado** <sup>4</sup>: Sí  No

Fecha de ingreso hospitalario: ..... / ..... / ..... Fecha de alta hospitalaria: ..... / ..... / .....

**Defunción:** Sí  No  Fecha de defunción: ..... / ..... / .....

**Lugar del caso** <sup>5</sup>:

País: ..... C. Autónoma: .....

Provincia: ..... Municipio: .....

**Importado** <sup>6</sup>: Sí  No

### DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ..... / ..... / .....

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

**Agente causal <sup>7</sup>:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Virus de Ébola                               | <input type="checkbox"/> Virus de Lassa                            |
| <input type="checkbox"/> Virus de Marburg                             | <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre del bosque de Kyasanur |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre del Valle del Rift        | <input type="checkbox"/> Hantavirus                                |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre hemorrágica de Omsk       | <input type="checkbox"/> Otros Arenavirus                          |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo: |  |

**Genotipo** \_\_\_\_\_

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sangre | <input type="checkbox"/> Otra. Especificar _____ |
| <input type="checkbox"/> Orina  |  |

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ácido Nucleico, detección  | <input type="checkbox"/> Aislamiento                |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpo, detección      | <input type="checkbox"/> Anticuerpo, seroconversión |
| <input type="checkbox"/> Antígeno, detección        | <input type="checkbox"/> Visualización              |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpo, neutralización |   |

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

Identificación de muestra del declarante al LNR: .....

Identificación de muestra en el LNR: .....

**DATOS DEL RIESGO**

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

- Atiende a personas enfermas
- Manipulador de alimentos
- Manipulador de animales (veterinario, cazador, trabajador matadero)
- Medioambiental: agua
- Medioambiental: animal (limpieza en establos)
- Medioambiental: suelo (agricultor, jardinero)
- Trabajador de laboratorio
- Trabajador sanitario
- Trabajador del sexo

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Agua de bebida
- Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
- Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.
- Contacto con animal de zona endémica
- Contacto con animal vector (garrapata, mosquito, otros)/vehículo de transmisión
- Lesión no ocupacional
- Persona a persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)
- Persona a persona: Con persona de país de alta prevalencia.
- Persona a persona: Sexual sin especificar
- Ocupacional
- Nosocomial
- Otra exposición ambiental<sup>8</sup>

**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Animal de caza mayor | <input type="checkbox"/> Animal de caza menor | <input type="checkbox"/> Caballo            |
| <input type="checkbox"/> De granja            | <input type="checkbox"/> Garrapata            | <input type="checkbox"/> Gato               |
| <input type="checkbox"/> Mascota exótica      | <input type="checkbox"/> Mono                 | <input type="checkbox"/> Mosquito           |
| <input type="checkbox"/> Murciélago           | <input type="checkbox"/> Perro                | <input type="checkbox"/> Pulga              |
| <input type="checkbox"/> Roedor               | <input type="checkbox"/> Salvaje cautivo      | <input type="checkbox"/> Zorro              |
| <input type="checkbox"/> Otra mascota         | <input type="checkbox"/> Otro artrópodo       | <input type="checkbox"/> Otro salvaje libre |
| <input type="checkbox"/> Otro animal          |   |   |

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

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras     | <input type="checkbox"/> Alcantarillado menor | <input type="checkbox"/> Boscoso   |
| <input type="checkbox"/> Fosa séptica       | <input type="checkbox"/> Fuente               | <input type="checkbox"/> Humedal   |
| <input type="checkbox"/> Inundación         | <input type="checkbox"/> Lago                 | <input type="checkbox"/> Pozo      |
| <input type="checkbox"/> Río                | <input type="checkbox"/> Rural                | <input type="checkbox"/> Selvático |
| <input type="checkbox"/> Terreno encharcado | <input type="checkbox"/> Urbano               |                                    |

**Datos de viaje:**

Viaje durante el periodo de incubación: Sí  No , en caso afirmativo, Lugar del viaje:

País: ..... C. Autónoma: .....

Provincia: ..... Municipio: .....

Fecha de ida: ..... / ..... / .....

Fecha de vuelta: ..... / ..... / .....

**Motivo de estancia en país endémico** (marcar una de las siguientes opciones):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inmigrante recién llegado | <input type="checkbox"/> Trabajador temporal |
| <input type="checkbox"/> Turismo                   | <input type="checkbox"/> Otro                |
| <input type="checkbox"/> Visita familiar           |  |

**Tipo de alojamiento** (marcar una de las siguientes opciones)

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apartamento       | <input type="checkbox"/> Balneario |
| <input type="checkbox"/> Camping           | <input type="checkbox"/> Crucero   |
| <input type="checkbox"/> Hotel             | <input type="checkbox"/> Privado   |
| <input type="checkbox"/> Otro especificado |                                    |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

- |                                     |                                   |                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sospechoso | <input type="checkbox"/> Probable | <input type="checkbox"/> Confirmado |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Ébola            | <input type="checkbox"/> Fiebre de Lassa                         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Marburg          | <input type="checkbox"/> Fiebre del bosque de Kyasamur           |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Valle del Rift  | <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica Crimea-Congo         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica de Omsk | <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica por Arenavirus, otro |
| <input type="checkbox"/> Fiebre por Hantavirus      |  |

**Asociado:** A brote: Sí  No

Identificación del brote: .....

C. Autónoma de declaración del brote<sup>9</sup>: .....

**Medidas adoptadas:**

**Investigación de contactos:** Sí  No ,

En caso afirmativo, indicar N° de contactos en seguimiento: \_\_\_\_\_

**Observaciones<sup>10</sup>**

Fecha de cumplimentación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

Persona que cumplimenta la ficha: \_\_\_\_\_

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Nombre y Apellidos.
3. Fecha del caso: es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
4. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
5. Lugar del caso (país, CA, provincia, municipio): 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. Si no se conoce se dejará en blanco.
6. Importado: el caso es importado si el país del caso es diferente de España.
7. Agente causal: marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
8. Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura, etc. o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.
9. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
10. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.