**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE HEMORRAGIACA CRIMEA\_CONGO**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**       **Teléfono:**

 **Municipio:**       **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**        **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**       **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

**País de nacimiento:**       **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación**      **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

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

[ ]  Fiebre      ºC [ ]  Dolor de espalda

[ ]  Mialgias [ ]  Conjuntivitis

[ ]  Dolor de garganta [ ]  Leucopenia

[ ]  Diarrea [ ]  Nauseas

[ ]  Cefalea [ ]  Manifestaciones hemorrágicas

[ ]  Vómitos [ ]  Fotofobia

[ ]  Dolor abdominal [ ]  Fallo hepático

[ ]  Dolor de cuello

[ ]  Mareos [ ]  Shock hipovolémico

[ ]  Trombocitopenia

[ ]  Otra sintomatología. Especificar

**Tratamiento** (marcar las opciones que corresponden)

[ ]  Rivabirina Fecha de inicio de tratamiento    /    /

[ ]  Otro Especificar

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí [ ]  No [ ]

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

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]

 **Fecha de defunción:**    /    /

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de toma de muestra:**    /    /

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

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):**

[ ]  Virus de la Fiebre Hemorrágica Crimea-Congo

 **Genotipo**

[ ]  I [ ] II [ ] III [ ] IV [ ] V [ ] VI [ ] VII

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

 [ ]  Sangre

 [ ]  Suero

 [ ]  Otra. Especificada

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

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Aislamiento

[ ]  Anticuerpo, detección [ ]  Anticuerpo, seroconversión

[ ]  Antígeno, detección [ ]  Anticuerpo, neutralización

**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 DEL RIESGO**

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

[ ]  Atiende a personas enfermas [ ]  Trabajador del sexo

[ ]  Manipulador de animales [ ]  Ganadero

[ ]  Técnico medioambiental [ ]  Agricultor

[ ]  Trabajador de laboratorio [ ]  Veterinario

[ ]  Trabajador sanitario [ ]  Cazador

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

[ ]  Contacto con el vector (garrapata)

[ ]  Contacto con animal (no vector), tejidos de animales o derivados (de zonas no endémicas)

[ ]  Contacto con animal de zona endémica

[ ]  Persona a persona: contacto con un enfermo

[ ]  Persona a persona: sexual sin especificar

[ ]  Ocupacional

[ ]  Nosocomial

[ ]  Otra exposición ambiental\*\*\*

**Fecha probable de la exposición:**    /    /

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

[ ]  Probable

[ ]  Confirmado

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6):

**OBSERVACIONES [[7]](#footnote-7)**

**Investigación de contactos:** Sí [ ]  No [ ]

**Otras observaciones:**

1. 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..) [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#footnote-ref-5)
6. \*\*\* Otra exposción ambiental: como tareas de jardinería, agricultura, ….; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc..

 C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)