**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

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

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto: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)