

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA Y VIRUS DE MARBURGO

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

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

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

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

País de nacimiento: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / ..... Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

☐ Fiebre ☐ Manifestaciones hemorrágicas no explicadas

☐ Signos/síntomas neurológicos ☐ Signos/síntomas gastrointestinales

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Hospitalización<sup>3</sup>: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Fecha de alta: ..... / ..... / .....

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: ..... / ..... / .....

Ingreso en UATAN: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UATAN: ..... / ..... / .....

Fecha de alta en UATAN: ..... / ..... / .....

**Defunción causada por la enfermedad:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

**Fecha de defunción:** ..... / ..... / .....

#### DATOS DEL LABORATORIO

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

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

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

**Agente causal<sup>4</sup>** (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Virus del Ébola

☐ Virus de Marburgo

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

☐ Sangre

☐ Suero

☐ Orina

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

☐ Detección de ácido nucleico (PCR)

☐ Detección anticuerpo (IgM/IgG)

☐ Cultivo

☐ Detección antígeno filovirus

**Otros criterios de laboratorio:** ☐ Seroconversión

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

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

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

#### DATOS DEL RIESGO

**Exposición a liberación intencionada:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

**Fecha de exposición:** ..... / ..... / .....

**Lugar de exposición del caso. Valorar viajes en los 21 días previos a la fecha de inicio de síntomas:**

☐ En la C.A. de residencia<sup>5</sup>

☐ En una C.A. distinta de la de residencia<sup>6</sup>

☐ En un país distinto de España<sup>7</sup>

**Continente/Región de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**País de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

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

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

- ☐ Inmigrante recién llegado ☐ Turismo  
☐ Trabajador temporal ☐ Visita familiar

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

- ☐ Personal sanitario  
☐ Cuidado (no sanitario) de personas enfermas  
☐ Personal de laboratorio

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

- ☐ Consumo de agua contaminada  
☐ Consumo de alimento contaminado  
☐ Contacto con animal, tejidos de animales o derivados  
☐ Contacto con un enfermo  
☐ Transmisión sexual, sin especificar  
☐ Exposición a lodos, suelo, tierra y otros materiales de desecho contaminados.

#### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Criterios de clasificación de caso:**

- Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido  
Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido  
Criterio epidemiológico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

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

- ☐ Probable ☐ Confirmado ☐ Descartado

**Investigación de contactos:** ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

#### OBSERVACIONES<sup>10</sup>

.....

- 
1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
  2. 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.).
  3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
  4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
  5. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.

6. Lugar de exposición. C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
7. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España. Origen del caso: el caso es autóctono si su origen (estancia todo el período de incubación) está en España, en la misma C.A. u otra, e importado si el país del caso es diferente de España.
8. Continente/Región al que se asigna el caso: Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
10. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

## ANEXO II. FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE CONTACTOS DE UN CASO DE ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA / VIRUS DE MARBURGO

### Para uso de las CC.AA.

Unidad/persona responsable del seguimiento: .....

Nº teléfono: ..... Fecha de Identificación del contacto: ..... / ..... / .....

C.A.: ..... Ciudad: .....

Contacto identificado por (especificar si se ha identificado por Salud Pública, Unidad de Riesgos Laborales, acude espontáneamente, etc.): .....

Fecha de inicio de seguimiento: ..... / ..... / .....

Fecha fin de seguimiento: ..... / ..... / .....

### Datos del caso índice

Código caso<sup>3</sup>: .....

Fecha de Inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

### Datos del contacto

Código contacto<sup>4</sup>: .....

Fecha última exposición (dd/mm/aaaa): ..... / ..... / .....

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Fecha nacimiento: ..... / ..... / ..... Nº teléfono: .....

Lugar de exposición: ☐ España ☐ País afectado ☐ Otro

Ámbito de exposición:

Sanitario: SI ☐ No ☐ Profesión.....

☐ Centro de Salud ☐ Hospital ☐ Servicios de Emergencias ☐ Otros .....

Especificar actividad: .....

Conviviente: Sí ☐ No ☐ Especificar .....

Social/amistad: Sí ☐ No ☐ Especificar .....

Laboral: Sí ☐ No ☐ Especificar .....

Otro: .....

Resumir detalles de la exposición o contacto:

Clasificación contactos: Alto riesgo ☐ Bajo riesgo ☐

<sup>3</sup> Propuesta de Código: Código: CC.AA.; Año(aa); N° Caso

<sup>4</sup> Propuesta de Código: Código: CC.AA.; Año(aa); N° Contacto

### ANEXO III. DATOS MÍNIMOS A RECOGER EN EL SEGUIMIENTO DE CADA CONTACTO DE UN CASO DE ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA / VIRUS DE MARBURGO

Para uso de las CC.AA.

Unidad/persona que realiza el seguimiento: .....

#### Datos del contacto

Código contacto<sup>5</sup>: .....

Fecha última exposición (dd/mm/aaaa): ..... / ..... / .....

Fecha de inicio de seguimiento: ...../ ...../ ..... Fecha fin de seguimiento: ...../ ...../ .....

#### Tabla de seguimiento de contacto

| Día | Fecha | Tª<br>toma 1 | Tª<br>toma 2 | Síntomas<br>No/Sí (especificar) | Persona que la<br>realiza | Observaciones |
|-----|-------|--------------|--------------|---------------------------------|---------------------------|---------------|
| 1   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 2   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 3   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 4   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 5   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 6   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 7   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 8   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 9   |       |              |              |                                 |                           |               |
| 10  |       |              |              |                                 |                           |               |
| 11  |       |              |              |                                 |                           |               |
| 12  |       |              |              |                                 |                           |               |
| 13  |       |              |              |                                 |                           |               |
| 14  |       |              |              |                                 |                           |               |

<sup>5</sup> Propuesta de Código: Código: CC.AA.;Año(aa);Nº Contacto