

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIRUS ZIKA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: _____

Identificador del caso para el declarante: _____

Fecha de la primera declaración del caso³: __ - __ - __

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente⁴: _____

Semanas de gestación⁵: _____

Fecha de nacimiento o aborto: __ - __ - __ Edad en años: __ Edad en meses: __

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia de la madre:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

País de nacimiento de la madre: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso⁶: __ - __ - __

Manifestaciones clínicas (marcar las opciones que correspondan):

☐ Microcefalia ☐ Calcificaciones intracraneales

☐ Alteraciones del nervio óptico ☐ Lesiones del SNC

☐ Alteraciones en la exploración neurológica, especificar: _____

Hospitalizado⁷: Sí ☐ No ☐

Defunción: Sí ☐ No ☐

Lugar del caso⁸:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado⁹: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

³ Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

⁴ Facilitar la identificación del caso.

⁵ Al diagnóstico de la malformación congénita o infección por virus Zika.

⁶ Fecha del caso: Es la fecha de nacimiento o del aborto, o en caso de no conocerla la más cercana (fecha de diagnóstico).

⁷ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

⁸ 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 la madre ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia de la madre.

⁹ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-__

Agente causal¹⁰: ☐ Virus Zika

Muestra (marcar las muestras con resultado positivo):

☐ Suero ☐ LCR ☐ Líquido amniótico ☐ Cordón umbilical
☐ Orina ☐ Saliva ☐ Placenta ☐ Tejido cerebral

Prueba (marcar las pruebas positivas):

☐ Ácido Nucleico, detección ☐ Aislamiento
☐ Anticuerpo, IgM ☐ Anticuerpos neutralizantes

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

☐ Persona a Persona: Madre-Hijo. Es un recién nacido de madre infectada

Datos de riesgo de la madre:

Viaje durante el periodo de incubación o durante el embarazo (PI 15 días): Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País: _____

Fecha de ida: __-__-__

Fecha de vuelta: __-__-__

Motivo de estancia de la madre en país con transmisión activa:

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

Otros factores de riesgo de la madre (marcar las **que correspondan**) :

☐ Persona a persona: sexual ☐ Ha recibido transfusión o hemoderivados
☐ Asociada a cuidados sanitarios

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

☐ Probable ☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

OBSERVACIONES ¹¹

¹⁰ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente

¹¹ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta