**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL**

**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)**:**

Encefalitis  Exantema

Fiebre  Meningitis

Parálisis Flácida Aguda  Síndrome de Guillain Barré

Otra

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

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

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

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

Líquido céfalo raquídeo (LCR)

Sangre

Suero

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

Ácido Nucleico, detección  Aislamiento

Anticuerpo, detección  Anticuerpo, IgG

Anticuerpo, IgM  Anticuerpo, seroconversión

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

Manipulador de animales

Medioambiental: agua

Medioambiental: animal

Trabajador de laboratorio

Trabajador sanitario

**Exposición** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados

Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes…, sin especificar

Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)

Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

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

Caballo  Mosquito

Animal de caza menor (aves)  Otro Salvaje libre

Otro animal

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

Aguas costeras  Boscoso  Fosa séptica

Fuente  Humedal  Inundación

Lago  Pozo  Rio

Rural  Selvático  Terreno encharcado

Urbano

**Datos de viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación:** Sí  No

**Lugar del viaje:**

**País:**

**Fecha de ida**:    /    /      **Fecha de vuelta**:    /    /

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado de Fiebre amarilla**: Sí  No  **Fecha de vacunación:**    /    /

**Vacunado de Encefalitis japonesa**: Sí  No  **Fecha de vacunación:**    /    /     

**Vacunado de Encefalitis por garrapatas**: Sí  No  **Fecha de vacunación:**    /    /

**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

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

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

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

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: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#footnote-ref-5)
6. 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)