**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL**

**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)**:**

[ ]  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)