**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE RUBEÓLA CONGÉNITA**

**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 (no completar, variable de sistema):**    /    /

**Manifestación clínica** (pueden marcarse más de un signo/síntoma)

[ ]  Asintomático [ ]  Grupo B - Esplenomegalia

[ ]  Grupo A - Deterioro auditivo [ ]  Grupo B - Ictericia

[ ]  Grupo A - Enfermedad congénita cardiaca [ ]  Grupo B - Meningoencefalitis

[ ]  Grupo A - Cataratas [ ]  Grupo B - Microcefalia

[ ]  Grupo A - Glaucoma [ ]  Grupo B - Osteopatía

[ ]  Grupo A - Retinopatía pigmentaria [ ]  Grupo B - Púrpura

[ ]  Otro [ ]  Grupo B - Retraso del desarrollo

**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 diagnóstico de laboratorio** (fecha del primer resultado concluyente):   /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** [ ]  Virus de la Rubeola

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo****Muestra** | **Fecha de** | **Laboratorio[[6]](#footnote-6)** | **Resultados[[7]](#footnote-7)** |
| **Toma de muestra** | **Recepción en laboratorio** | **Resultado de laboratorio** | **IgG** | **IgM** | **Avidez IgG** | **PCR** | **Aislamiento** |
| **Suero 1º**  |   /  /     |   /  /     |   /  /     | **No LNR** |     |     |     |     |     |
|   /  /     |   /  /     |   /  /     | **LNR** |     |     |     |     |     |
| **Suero 2º** |   /  /     |   /  /     |   /  /     | **No LNR** |     |     |     |     |     |
|   /  /     |   /  /     |   /  /     | **LNR** |     |     |     |     |     |
| **Orina** |   /  /     |   /  /     |   /  /     | **No LNR** |     |     |     |     |     |
|   /  /     |   /  /     |   /  /     | **LNR** |     |     |     |     |     |
| **Exudado faríngeo** |   /  /     |   /  /     |   /  /     | **No LNR** |     |     |     |     |     |
|   /  /     |   /  /     |   /  /     | **LNR** |     |     |     |     |     |

**Genotipo** (marcar una única opción):

[ ]  1A [ ]  1D [ ]  1G [ ]  1J [ ]  2C

 [ ]  1B [ ]  1E [ ]  1H [ ]  2A [ ]  Otro

 [ ]  1C [ ]  1F [ ]  1I [ ]  2B

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición / Transmisión:**

[ ]  **Madre-Hijo**

**Datos de la madre:**

**País de nacimiento:**       **Año de llegada a España:**

**Exposición Madre:**

**[ ]  Contacto con un enfermo o infectado (portador) durante el embarazo**

**Número de embarazos anteriores:**

**Diagnóstico de rubeola durante el embarazo** (marcar una de las siguientes opciones)

[ ]  Clínica compatible sin diagnóstico médico

[ ]  Clínica compatible con diagnóstico médico

[ ]  Diagnóstico confirmado por laboratorio

**Semana de embarazo en la estuvo expuesta a un enfermo con rubeola:**

**Semana de embarazo con clínica compatible con rubeola:**

**Semana de embarazo en la que recibió la 1ª atención médica:**      **Test de screening realizado durante el embarazo** (marcar una de las siguientes opciones)

[ ]  Realizado en primer trimestre

[ ]  Realizado en segundo trimestre

[ ]  Realizado en tercer trimestre

[ ]  Realizado sin especificar trimestre

[ ]  No realizado

**Resultados de laboratorio** (marcar las opciones que correspondan)

[ ]  IgG Avidez positiva

[ ]  IgM positiva

[ ]  IgG positiva

[ ]  IgG negativa

**Edad en años al parto**

**Datos del viaje de la madre:**

**Viaje durante el periodo de incubación** (12-23 días previos a la aparición del exantema)**:**

Sí [ ]  No [ ]

**Lugar del viaje:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

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

**Datos de vacunación de la madre:**

**Vacunada con alguna dosis**: Sí [ ]  No [ ]

**Número de dosis:**

**Fecha de última dosis recibida:**    /    /

**Presenta documento de vacunación**: Sí [ ]  No [ ]

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Descartado**: Sí [ ]  No [ ]

 **Clasificación del caso**

 **Clasificación de caso** (marcar una única casilla)

[ ]  Probable[[8]](#footnote-8)

 [ ]  Confirmado[[9]](#footnote-9)

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico [[10]](#footnote-10) Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico [[11]](#footnote-11) Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio[[12]](#footnote-12) Sí [ ]  No [ ]

**Asociado:**

A brote: Sí [ ]  No [ ]

 Identificador del brote:      C. Autónoma del brote:

**OBSERVACIONES[[13]](#footnote-13)**

1. Fecha del caso: Es la fecha de diagnóstico o la más cercana en caso de no conocerla. [↑](#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. LNR: Laboratorio Nacional de Referencia

No LNR: Laboratorios de la Red de Laboratorios del Plan del Plan de Eliminación de Sarampión y Rubéola, excepto LNR (Anexo)

 [↑](#footnote-ref-6)
7. Resultados: Positivo / Negativo / Indeterminado. [↑](#footnote-ref-7)
8. **Probable**: mortinato o recién nacido al que no se han hecho análisis, o con resultados negativos y, al menos, uno de los dos criterios siguientes:

Vínculo epidemiológico y, al menos, uno de los criterios clínicos de la lista A del SRC.

Que satisfaga los criterios clínicos del SRC [↑](#footnote-ref-8)
9. **Confirmado**: mortinato que satisface los criterios de laboratorio, o recién nacido que satisface los criterios de laboratorio y, al menos, uno de los dos siguientes:

vínculo epidemiológico.

al menos, uno de los criterios clínicos de la lista A del SRC. [↑](#footnote-ref-9)
10. **Criterio clínico**:

Infección congénita por rubéola (ICR): No se han definido criterios clínicos para la ICR

Síndrome de rubéola congénita (SRC): mortinato (muerte a partir de los 160 días de edad gestacional ) o niño menor de un año que presenta, al menos, dos de las afecciones de la lista A o, una afección de la lista A y otra de la lista B.

Lista A: cataratas, glaucoma congénito, cardiopatía congénita, sordera, retinopatía pigmentaria.

Lista B: púrpura, esplenomegalia, microcefalia, retraso del desarrollo, meningoencefalitis, osteopatías radiotransparentes, ictericia que comienza en las primeras 24 horas de vida. [↑](#footnote-ref-10)
11. **Criterio epidemiológico**: mortinato o hijo de una mujer con rubéola confirmada por el laboratorio durante el embarazo (transmisión vertical). [↑](#footnote-ref-11)
12. **Criterio de laboratorio:** al menos uno de los cuatro siguientes:

Aislamiento del virus de la rubéola en una muestra clínica.

Detección de ácido nucleico del virus de la rubéola.

Respuesta específica de anticuerpos del virus de la rubéola (IgM).

Persistencia de la IgG de la rubéola entre los 6 y los 12 meses de edad (al menos dos muestras con concentración similar de IgG de rubéola). [↑](#footnote-ref-12)
13. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-13)