**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE VARICELA**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941 291976**

**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 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 SOBRE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**     /     /     

**Fecha de inicio de síntomas:**      /     /

**Complicaciones:** Sí  No

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No

**Defunción:** Sí  No

**Lugar del caso**[[3]](#footnote-3)**:**

Municipio:       Provincia:       Comunidad Autónoma:      País:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio (resultado concluyente):**      /     /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):**  Virus Varicela Zóster

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

Suero  Líquido vesicular

**Prueba** (marcar la prueba positiva en la muestra principal):

Aislamiento  Detección de ácido nucleico (PCR)

Detección de antígeno por inmunofluorescencia directa

Seroconversión

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado** **con alguna dosis**: Sí  No

**Número de dosis:**

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

**Presenta documento de vacunación** Sí  No

**CATEGORIZACIÓN DE CASO**

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

Sospechoso

Probable

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Varicela en vacunado por virus salvaje (*break throug*)

Caso vacunal

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

**OBSERVACIONES**

1. Por defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio [↑](#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)