**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIRUS ZIKA**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de la primera declaración del caso3:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

 **Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Identificador del paciente 4:**

**Semanas de gestación5:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento o aborto:**     /    /      **Edad en años:       Edad en meses :**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]

**Lugar de residencia de la madre:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**País de nacimiento de la madre:**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso6:** \_   /    /

**Manifestación clínica** (marcar todas 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 [ ]   |  |
| 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.5Al 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.**Lugar del caso8:** **País:**       **C. Autónoma**:       **Provincia:**      **Municipio**:      **Importado9:** Sí [ ]  No [ ]  |  |

**DATOS DE LABORATORIO**

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

**Agente causal:** [ ]  *Virus Zika*

**Muestra** (marcar hasta dos de las muestras con resultado positivo):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Suero  | [ ]  LCR | [ ]  Líquido amniótico  | [ ]  Cordón umbilical |
| [ ]  Orina | [ ]  Saliva  | [ ]  Placenta [ ]  Tejido cerebral |  |
|  |  |  |

**Prueba** (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

[ ]  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 en el país endémico (marcar una de las siguientes opciones):**

[ ]  Inmigrante recién nacido [ ]  Trabajador temporal [ ]  Turismo

 [ ]  Visita familiar [ ]  Otro

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

[ ]  Persona a persona: sexual [ ]  Ha recibido trasfusión o hemoderivados

 [ ]  Asociada a cuidados sanitarios

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

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación de 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**

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