**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**](mailto: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