Notificar a: [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE RABIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador** |  |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos**  **del caso** | |  | | | | | | | | | | | |
| **CIPA/NHC** | |  | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento** | |  | | **Edad** | |  | **Sexo** | | Varón | | Mujer | | Otro |
| **Domicilio** |  | | | | | | | **Localidad** | |  | | | |
| **Concejo** |  | | **Teléfono** | |  | | | | | **Área Sanitaria** | |  | |
| **País de nacimiento** |  | | **Año llegada a España** | |  | | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha del caso** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |  | | | | | |
| **Fecha de la lesión** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |  | | | | | |
| **Lugar de la agresión** |  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| **Tipo de lesión/Herida / Puerta de entrada** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Cabeza, Cuello | Manos, Dedos | Tronco | Pies, Pierna | Brazos | Otros | | Mordedura |  |  |  |  |  |  | | Laceración |  |  |  |  |  |  | | Arañazo |  |  |  |  |  |  | | Contacto |  |  |  |  |  |  | | Otros |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | |
| **Grado máximo de gravedad de lesión** (marcar una opción)  Leve  Moderada Grave  Múltiple | | | | | | | | |
| **Manifestaciones clínicas** | Alteraciones sensoriales en la zona mordida  Ansiedad  Contracción muscular en maseteros  Convulsiones  Delirio  Encefalitis  Hidrofobia  Parálisis o paresia  Otros: | | | | | | | |
| **Tratamiento** | IgG  Lavado local de la lesión  Vacuna antirrábica | | | | | | | |
| **Fecha de inicio de tratamiento** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | | | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Hospital: | | | Fecha de alta  Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Defunción** | Sí  No | | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | | |
| **Lugar del caso** | | |
| **País** | |  | | Comunidad autónoma | |  | | |
| **Provincia** | |  | | Municipio | |  | | |
| **Importado** | | Sí  No | |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de recepción del laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |
| **Agente causal** | Rabia | | |
| **Muestra (marcar la principal con resultado positivo)** | LCR  Saliva  Biopsia de piel de nuca  Suero  Tejido cerebral | | |
| **Prueba** | Ácido nucleico, detección  Anticuerpo, detección  Aislamiento  Antigeno, detección   |  |  | | --- | --- | |  |  | | | |
| **Filogrupo**  (Marcar una de las siguientes opciones) | Filogrupo 1:  Virus de la rabia (RABV)  Virus Duvenhage (DUVV)  Lisavirus europeo de murciélago tipo 1 (EBLV-1)  Lisavirus europeo de murciélago tipo 2 (EBLV-2)  Lisavirus australiano de murciélago (ABLV)  Virus Bokelov (BBLV)  Virus Aravan (ARAV)  Virus Khujand (KHUV)  Virus Irkut (IRKV)  Filogrupo 2:  Virus Lagos Bat (LBV)  Virus Mokola (MOKV)  Virus Shimoni (SHIBV)  Filogrupo 3:  Virus europeo del Cáucaso Occidental (WCBV)  Virus Ikoma (IKOV)  Virus Lleida (LLEBV)  Otro: | | |
| **Envío muestra al Laboratorio Nacional**  **de Referencia** | | Sí  No | **Nº Referencia:** |

**DATOS DEL RIESGO**

**Ocupación de riesgo** (Marcar una de las siguientes opciones):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Atiende a personas enfermas  Medioambiental: animal | Manipulador de animales  Trabajador de laboratorio | Otra: |  |

**Exposición** (marcar la principal de las siguientes opciones)

|  |
| --- |
| Contacto con animal, tejidos animales, o derivados  Ha recibido trasplantes  Descripción de las circunstancias de la agresión: provocación previa del animal:  Si  No |

**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Perro  Zorro  Animal de caza menor  Animal de caza mayor  Mono/Simio  Mascota exótica  Mascota, otra\* | Murciélago  Gato  Roedor  Otro animal\*  Otro salvaje/silvestre libre\*  Salvaje/silvestre cautivo  \*Otro, especificar: | | |  |
| **Seguimiento del animal** (marcar todas las opciones que correspondan)  Diagnosticado  Observado  No localizado  Sacrificado  Vacunado  **País del animal:** | | | | |
| **Viajes previos del animal en los últimos 6 meses**  Si  No | | | | |
| **País 1:** | | **País 2:** | **País 3:** | |

**Tipo de confirmación animal** (marcar una de las opciones)

Por evidencia epidemiológica

Por evidencia de laboratorio

Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |
| --- |
| **Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)  Sospechoso  Probable  Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Criterio clínico | Sí  No | | |
| Criterio epidemiológico | Sí  No | | |
| Criterio laboratorio | Sí  No | | |
| **Asociado a brote** | Sí  No | | |
| Identificador del brote |  | C. Autónoma de declaración del brote |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20