Notificar a: 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 paresiaOtros: |
| **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 ingresoHaga 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 trasplantesDescripción 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20