### ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PALUDISMO Nº Caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ **Edad: años:** \_\_\_\_ **meses** (en menores de 2años)**:** \_\_\_\_

**Sexo:** Hombre  Mujer  **Nº ASTU:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Area Sanitaria:** \_\_\_\_

**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año de llegada a España:** \_\_\_\_

**Ocupación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Centro de Estudio/Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha de inicio de síntomas:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Manifestación clínica** (marcar las opciones que correspondan)**:**

Anemia  Cefalea

Clínica recurrente  Encefalopatia (paludismo cerebral)

Escalofríos  Esplenomegalia

Fiebre o antecedentes de fiebre  Hepatomegalia

Náuseas  Sudoración profusa

Otra

**Administración de quimioprofilaxis de acuerdo con la edad y calendario recomendado**

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

Completa

Incompleta

Sin quimioprofilaxis

**Hospitalizado[[1]](#footnote-1):** Sí  No  **Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_**

**Defunción:** Sí  No  **Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_**

**Lugar del caso[[2]](#footnote-2):**

**País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C. Autónoma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Importado**[[3]](#footnote-3)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Agente causal[[4]](#footnote-4)** (marcar una de las siguientes opciones):

*Plasmodium falciparum*  *Plasmodium knowlesi*

*Plasmodium malariae*  *Plasmodium ovale*

*Plasmodium* spp  *Plasmodium vivax*

**Agente causal en parasitaciones mixtas (**marcar el segundo y tercer plasmodium si hubiera parasitación mixta)

*Plasmodium falciparum*  *Plasmodium knowlesi*

*Plasmodium malariae*  *Plasmodium ovale*

*Plasmodium* spp  *Plasmodium vivax*

**Muestra**:

Sangre

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

Ácido Nucleico, detección  Antígeno, detección  Visualización

**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**

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

Militar  Trabajador en barco o avión  Trabajador sanitario

**Exposición:** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Ambiental: Aeropuerto o puerto  Asociada a cuidados sanitarios

Persona a Persona: Madre-Hijo  Contacto con vector/vehículo de transmisión

Iatrogénica, sin especificar[[5]](#footnote-5)

**Datos de viaje**

**Viaje durante el periodo de incubación:** Sí  No

**Lugar del viaje:**

**País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de ida**: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ **Fecha de vuelta**: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Motivo de estancia en país endémico** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Inmigrante recién llegado  Trabajador temporal

Turismo  Visita familiar

Otro

**Datos de la Madre** (en menores de 15 años):

**Madre-País nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Madre-Año llegada a España:** \_\_\_\_\_

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del 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

**Tipo de caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Nuevo

Recurrente

**Asociado a brote:** Sí  No  Identificador del brote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES [[7]](#footnote-7)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

**Fecha de Notificación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico que declara:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



1. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)
3. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-3)
4. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#footnote-ref-4)
5. Iatrogénica sin especificar: Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes…, sin especificar [↑](#footnote-ref-5)
6. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)