###

### ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CHIKUNGUNYA 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:** \_\_\_\_

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

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

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

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

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

[ ]  Anorexia [ ]  Artralgia [ ]  Artritis

[ ]  Cefalea [ ]  Conjuntivitis [ ]  Erupción cutánea

[ ]  Escalofríos [ ]  Fiebre [ ]  Lumbalgia

[ ]  Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otros signos comunes (marcar opciones que correspondan):**

[ ]  Trombocitopenia [ ]  Leucopenia [ ]  Aumento de transaminasas

**Complicaciones:** Sí [ ]  No [ ]

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí [ ]  No [ ]

**Fecha de ingreso hospitalario:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_ **Fecha de alta hospitalaria:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  **Fecha de defunción:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

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

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

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí [ ]  No [ ]

**Desplazamiento en los 7 días posteriores al inicio de síntomas (viremia)**

Desplazamiento a otra C. Autónoma: Sí [ ]  No [ ]  En caso afirmativo:

C. Autónoma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desplazamiento a otro país: Sí [ ]  No [ ]  En caso afirmativo:

País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Región/municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

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

**Agente causal:** [ ] Virus chikungunya

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

[ ]  Sangre

[ ]  Suero

[ ]  LCR

[ ]  Otra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[ ]  Aislamiento [ ]  Ácido Nucleico, detección (PCR)

[ ]  Anticuerpo, IgM [ ]  Anticuerpos neutralizantes

[ ]  Anticuerpo, seroconversión

**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**

**Desplazamiento o estancia en los 15 días previos a la fecha de inicio de síntomas:**

**Desplazamiento al extranjero:** Sí [ ]  No [ ]

Lugar y país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

[ ]  Inmigrante recién llegado [ ]  Otro

[ ]  Trabajador temporal [ ]  Turismo

[ ]  Visita familiar

**Desplazamiento dentro de España:** Sí [ ]  No [ ]

C Autónoma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

[ ]  Contacto con mosquitos

[ ]  Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes…, sin especificar

[ ]  Persona a Persona: Madre-Hijo. Es un recién nacido de madre infectada o portadora

[ ]  Otra exposición, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 [ ]

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

 C. Autónoma de declaración del brote[[5]](#footnote-5): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES[[6]](#footnote-6)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

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

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



1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc..). [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-5)
6. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-6)