### ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA 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)**:**

[ ]  Bradicardia (signo Faget) [ ]  Cefalea

[ ]  Dorsalgia [ ]  Fiebre

[ ]  Hemorragias [ ]  Ictericia

[ ]  Proteinuria [ ]  Vómitos

[ ]  Otra

**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:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

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

**Agente causal[[4]](#footnote-4):** [ ] Virus de la fiebre Amarilla

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

[ ]  Biopsia hepática [ ]  Suero

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

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Aislamiento

[ ]  Anticuerpo, seroconversión [ ]  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)**:**

[ ]  Manipulador de animales

[ ]  Medioambiental: agua

[ ]  Medioambiental: animal

[ ]  Medioambiental: suelo

**Exposición:**

[ ]  Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

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

[ ]  Mono

[ ]  Mosquito

[ ]  Otro animal

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

[ ]  Boscoso [ ]  Humedal

[ ]  Lago [ ]  Pozo

[ ]  Río [ ]  Rural

[ ]  Selvático [ ]  Terreno encharcado

[ ]  Urbano

**Datos de viaje:**

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

**Lugar del viaje:**

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

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

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado con alguna dosis**: Sí [ ]  No [ ]

**Número de dosis:** \_\_\_\_\_\_

**Fecha de última dosis recibida:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Presenta documento de vacunación** Sí [ ]  No [ ]

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Sospechoso

[ ]  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. Agente causal: Marcarsólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente [↑](#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)