**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

 **Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

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

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso1:** \_   /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Artralgia  | [ ]  Mialgia |
| [ ]  Exantema maculopapular | [ ]  Cefalea  |
| [ ]  Conjuntivitis no purulenta  | [ ]  Malestar general |
| [ ]  Fiebre | [ ]  Hiperemia conjuntival |
|  |  |
| **Complicaciones:** Sí [ ]  No [ ]  **Guillain\_Barre:** Sí [ ] No [ ]  **Otras complicaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |  |

**Hospitalizado:** Sí [ ]  No [ ]

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]

**Lugar del caso:**

 **País:**       **C. Autónoma**:

 **Provincia:**      **Municipio**:

**Importado:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal:** [ ]  *Virus Zika*

**Muestra** (marcar hasta dos de las muestras con resultado positivo):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Suero  | [ ]  LCR | [ ]  Orina  | [ ]  Saliva |
| Líquido aminiótico | [ ]  Placenta [ ]  | Cordón umbilical [ ]  |  |
|  |  |  |

**Prueba** (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

[ ]  Ácido Nucleico, detección [ ]  Aislamiento

[ ]  Anticuerpo, IgM [ ]  Anticuerpos, seroconversión

[ ] Anticuerpos neutralizantes

**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**

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

[ ]  Contacto con el vector [ ]  Persona a persona: sexual [ ]  Ha recibido trasfusión o hemoderivados

[ ]  Asociada a cuidados sanitarios

[ ]  Otra exposición Especificar cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antecedente personal**

[ ]  Embarazo Semanas de gestación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál ha sido la evolución del embarazo?** (marcar una de las siguientes opciones):

[ ]  Aborto espontáneo [ ]  Recién nacido sano

[ ]  Aborto provocado [ ]  Recién nacido con infección congénita

[ ]  Recién nacido con síndrome de Zika congénito

**Semana de gestación en el momento del parto o aborto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datos de viaje:**

 **Viaje durante el periodo de incubación (PI 15 días):** Sí [ ]  No [ ]

 **Lugar del viaje:**

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

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

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

[ ]  Inmigrante recién nacido [ ]  Visita familiar

 [ ]  Trabajador temporal [ ]  Turismo

 [ ]  Otro

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación de 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 [ ]

**OBSERVACIONES [[1]](#footnote-1)**

1. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-1)