**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto: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)