

## ANEXO 1A. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA.

### DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: \_\_\_\_\_

Identificador del caso para el declarante: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Edad en años: \_\_\_\_ Edad en meses en menores de 2 años: \_\_\_\_

Sexo: Hombre Mujer

Lugar de residencia:

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

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

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

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>3</sup>: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

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

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan)

Fiebre \_\_\_\_ °C

Petequias

Trombocitopenia

Mialgia

Hemorragia

Leucopenia

Odinofagia

Shock hipovolémico

Proteinuria

Diarrea

Transaminasas altas

Fallo multiorgánico

Dolor abdominal intenso

Cefalea

Otra sintomatología

Vómitos

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: Sí No

Hospitalizado<sup>4</sup>: Sí No

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

Defunción: Sí No

Fecha de defunción: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Lugar del caso<sup>5</sup>:

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

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

Importado<sup>6</sup>: Sí No

<sup>1</sup> Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

<sup>2</sup> Nombre y Apellidos.

<sup>3</sup> 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.)

<sup>4</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de toma de muestra: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

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

**Agente causal<sup>7</sup>:**

Virus Ébola

Otro

**Especificar:** \_\_\_\_\_**Muestra:**

Sangre

**Prueba:**

Ácido Nucleico, detección

Aislamiento

Anticuerpo, detección

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):

Atiende a personas enfermas

Trabajador del sexo

Manipulador de animales

Técnico medioambiental

Trabajador de laboratorio

Trabajador sanitario

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

Contacto con animal, tejidos de animales o derivados.

Animal de zona endémica

Persona a Persona: contacto con un enfermo

Persona a Persona: sexual sin especificar

Ocupacional

Otra exposición ambiental<sup>8</sup>**Animal sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

Animal de caza mayor

Animal de caza menor

De granja

Mono

Mascota Exótica

Perro

Murciélago

Salvaje cautivo

Roedor

Caballo

Otra mascota

Gato

Otro Salvaje libre

Otro animal

Zorro

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

Boscoso

Selvático

Rural

Urbano

<sup>7</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente<sup>8</sup> Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura, etc. o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.

**Datos de viaje:**

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

**Lugar del viaje:**

**País:** \_\_\_\_\_

**Región/Provincia:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_

**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      Trabajador sanitario

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

Apartamento      Balneario

Camping      Crucero

Hotel      Privado

Otro especificado

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

En investigación

Confirmado

Caso descartado

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

Virus Ébola

Otro

**Especificar:** \_\_\_\_\_

**Asociado:**

A brote: Sí No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>9</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

**Investigación de contactos:** Sí No

**Otras observaciones<sup>10</sup>:**

<sup>9</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>10</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta