



## ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA

Nº Caso: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ Edad: años: \_\_\_\_ meses (en menores de 2 años): \_\_\_\_ Sexo:

Hombre  Mujer

Nº TSI/CIP: \_\_\_\_\_

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<sup>1</sup>: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

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

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

Fiebre       Artralgia       Cefalea       Erupción cutánea       Escalofríos  
 Anorexia       Conjuntivitis       Artritis       Lumbalgia       Otra

Complicaciones:    Sí  No

Hospitalizado<sup>2</sup>:    Sí  No

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

Defunción:        Sí  No

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

**Lugar del caso<sup>3</sup>:**

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

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

Importado<sup>4</sup>:      Sí  No

<sup>1</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>2</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>3</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>4</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.



**DATOS DE LABORATORIO**

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

**Agente causal<sup>5</sup>:**  Virus Chikungunya

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

Sangre (suero)       LCR       Otras

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

Aislamiento       Acido nucleico (PCR)

Detección IgM       Detección IgG       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**

**Datos de viaje:**

**Viaje en los 15 días antes del inicio de los síntomas:** Sí  No

**Lugar del viaje:**

**País:** \_\_\_\_\_

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

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

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

Inmigrante recién llegado       Otro

Trabajador temporal       Turismo

Visita familiar

**Ocupación de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

Trabajo cerca de agua       Trabajo con animales       Trabajo agrícola

**Exposición** (marcar la principal de las siguientes opciones):

Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión (picadura de mosquitos)

Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes..., sin especificar

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

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

Mosquito       Mono       Roedor       Otro animal



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

- |                                             |                                         |                                    |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aguas costeras     | <input type="checkbox"/> Alcantarillado | <input type="checkbox"/> Boscoso   |
| <input type="checkbox"/> Fosa séptica       | <input type="checkbox"/> Fuente         | <input type="checkbox"/> Humedal   |
| <input type="checkbox"/> Inundación         | <input type="checkbox"/> Lago           | <input type="checkbox"/> Pozo      |
| <input type="checkbox"/> Río                | <input type="checkbox"/> Rural          | <input type="checkbox"/> Selvático |
| <input type="checkbox"/> Terreno encharcado | <input type="checkbox"/> Urbano         |                                    |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

- Sospechoso  
 Probable  
 Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

- |                         |                             |                             |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Criterio clínico        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio epidemiológico | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Criterio de laboratorio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

**Asociado:**

A brote: Sí  No       Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>6</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES<sup>7</sup>**

**DATOS DEL DECLARANTE**

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

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

<sup>5</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente

<sup>6</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>7</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta