

## ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE

### DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido1:	_____	Apellido2:	_____				
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	___/___/_____	Edad:	___	<input type="checkbox"/> Meses	<input type="checkbox"/> Años	
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Otros, especificar:	_____	Año de llegada a España:	_____				
Nacionalidad:	_____	Teléfono 1:	_____	Teléfono 2:	_____				
Domicilio:	_____	Nº:	_____	Piso:	_____				
Municipio:	_____	Código postal:	_____	Área:	___	Distrito:	___	Zona Básica:	_____
Provincia:	_____	Comunidad Autónoma:	_____	País:	_____				

### DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas:	___/___/_____	Fecha de diagnóstico:	___/___/_____						
Clasificación del caso:	<input type="checkbox"/> Sospechoso	Criterios de clasificación:	<input type="checkbox"/> Clínico						
	<input type="checkbox"/> Probable		<input type="checkbox"/> Laboratorio						
	<input type="checkbox"/> Confirmado		<input type="checkbox"/> Epidemiológico						
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):									
<input type="checkbox"/> Sí ⇒	Hospital:	_____	Servicio:	_____					
	Nº historia clínica:	_____							
	Fecha de ingreso:	___/___/_____	Fecha de alta:	___/___/_____					
<input type="checkbox"/> No									
Evolución:	<input type="checkbox"/> Curación								
	<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas:	_____							
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento:	___/___/_____							
Situaciones de interés epidemiológico:									
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigencia	<input type="checkbox"/> Trabaja en centro sanitario	<input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)							
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia:	_____								
<input type="checkbox"/> Otras, especificar:	_____								
Colectivo de interés:	_____	Área:	_____						
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):									
<input type="checkbox"/> Sí, especificar:	_____								
<input type="checkbox"/> No									
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):									
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio									
<input type="checkbox"/> Diferente del domicilio:									
Lugar:	_____								
Dirección:	_____	Nº:	_____	Piso:	_____				
Municipio:	_____	Código postal:	_____	Área:	___	Distrito:	___	Zona Básica:	_____
Provincia:	_____	Comunidad Autónoma:	_____	País:	_____				

### DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre:	_____						
Centro de Trabajo:	_____						
Municipio:	_____	Área:	___	Teléfono:	_____	Fecha de declaración:	___/___/_____

**DATOS DE LABORATORIO**

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de anticuerpo, IgM	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Anticuerpos neutralizantes(IgM)	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Anticuerpo, seroconversión	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Detección de antígeno	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Detección ácido nucleico	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Aislamiento	_____	_____	___/___/___	___/___/___

**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 ESPECÍFICOS DE DENGUE**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	Sí	No	NS/NC		Sí	No	NS/NC
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor retroorbitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame seroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Petequias (prueba del torniquete positiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vómitos persistentes/Nauseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Para dengue grave:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS/NC</b>				
Alteraciones de consciencia (somnolencia, irritabilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sangrado grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Shock hipovolémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fallo multiorgánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Otros signos comunes:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS/NC</b>				
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Leucopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aumento de transaminasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____			
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS/NC</b>				
<b>COMPLICACIONES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____			
<b>CATEGORÍA DIAGNÓSTICA:</b>	<input type="checkbox"/> Dengue grave(*)		<input type="checkbox"/> Dengue no grave				

(\*Dengue grave: choque hipovolémico, manifestaciones hemorrágicas y fallo multiorgánico)

**DESPLAZAMIENTOS DE RIESGO** (en los 15 días previos al inicio de síntomas):

**Desplazamientos al extranjero:**  Sí  No

**Lugar del viaje:** País: \_\_\_\_\_

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

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

Inmigrante recién llegado

Visita familiar

Trabajador temporal

Turismo

Otro

⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

**Desplazamientos dentro de España:**  Sí  No

**Lugar del viaje:** Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_

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

**EXPOSICIÓN** (marcar una de las siguientes opciones):

Contacto con mosquitos

Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, trasplantes, etc., sin especificar

Persona a persona: madre-hijo. Es un recién nacido de madre infectada o portadora

Otra exposición ⇒ Especificar: \_\_\_\_\_

Desconocida

**LUGAR DEL CASO** (Lugar de exposición o adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se dejará en blanco)

País: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

**Importado:**  Sí  No

**DESPLAZAMIENTOS** (en los 7 días posteriores al inicio de síntomas – viremia-):

**Desplazamiento a otra Comunidad Autónoma:**  Sí  No

(En caso afirmativo): Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

**Desplazamiento a otro país:**  Sí  No

(En caso afirmativo): País: \_\_\_\_\_ Región /Municipio: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**