



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
Fecha de declaración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Manifestación clínica** (marcar las opciones que correspondan):  
 Anorexia  Artralgia  
 Artritis  Cefalea  
 Conjuntivitis  Erupción cutánea  
 Escalofríos  Fiebre  
 Lumbalgia  Otra  
**Complicaciones:** Sí  No   
**Hospitalizado<sup>1</sup>:** Sí  No   
**Fecha de ingreso hospitalario:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fecha de alta hospitalaria:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Defunción:** Sí  No   
**Fecha de defunción:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Lugar del caso<sup>2</sup>:**  
**País:** \_\_\_\_\_ **C. Autónoma:** \_\_\_\_\_  
**Provincia:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_  
**Importado<sup>3</sup>:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de diagnóstico de laboratorio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Agente causal<sup>4</sup>:**  Virus Chikungunya  
**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):  
 Sangre  
 LCR  
 Otras  
**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):  
 Aislamiento  Acido nucleico  
 Detección IgM  Detección IgG  
 Seroconversión  
**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):** Sí  No

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

<sup>2</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>3</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>4</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente



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):

- Medioambiental: agua  
 Medioambiental: animal  
 Medioambiental: suelo

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

- Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión  
 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):

- Mono       Mosquito  
 Otro animal       Roedor

**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         |                                    |

**Datos de viaje:**

Viaje durante el periodo de incubación: Sí  No

**Lugar del viaje:**

**País:** \_\_\_\_\_

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

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

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

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmigrante recién llegado | <input type="checkbox"/> Otro    |
| <input type="checkbox"/> Trabajador temporal       | <input type="checkbox"/> Turismo |
| <input type="checkbox"/> Visita familiar           |                                  |

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Sospechoso  
 Probable  
 Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico      Sí       No

Criterio epidemiológico      Sí       No

Criterio de laboratorio      Sí       No

**Asociado:**

A brote: Sí  No

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

C. Autónoma de declaración del brote<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES <sup>6</sup>

<sup>5</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>6</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta