



**Comunidad  
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE  
FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA**

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Hospitalizado<sup>1</sup>: Sí  No   
Defunción: Sí  No   
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>:  *Rickettsia conorii*  
Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):  
 Biopsia cutánea  Suero  LCR  
Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):  
 Ácido Nucleico, detección  Aislamiento  
 Anticuerpo, seroconversión  Antígeno, detección  
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí  No   
Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_  
Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

<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



**DATOS DEL RIESGO**

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

- Manipulador de animales  
 Medioambiental: animal  
 Medioambiental: suelo

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

- Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión  
 Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.

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

- Garrapata     Perro  
 Roedor       Otro animal

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

- 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>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