



**Comunidad
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE
FIEBRE HEMORRÁGICA VÍRICA**

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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal intenso |
| <input type="checkbox"/> Edema sin especificar | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Fallo multiorgánico |
| <input type="checkbox"/> Faringitis | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Hemorragias |
| <input type="checkbox"/> Linfopenia | <input type="checkbox"/> Mialgia | <input type="checkbox"/> Petequias |
| <input type="checkbox"/> Proteinuria | <input type="checkbox"/> Shock hipovolémico | <input type="checkbox"/> Transaminasas altas |
| <input type="checkbox"/> Trombocitopenia | <input type="checkbox"/> Vómitos | |

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: Sí No

Hospitalizado¹: Sí No

Fecha de ingreso hospitalario: ____-____-____ Fecha de alta hospitalaria: ____/____/____

Defunción: Sí No

Fecha de defunción: ____/____/____

Lugar del caso²:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____/____/____

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____

Agente causal⁴:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Virus de Ébola | <input type="checkbox"/> Virus de Lassa |
| <input type="checkbox"/> Virus de Marburg | <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre del bosque de Kyasanur |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre del Valle del Rift | <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fiebre hemorrágica de Omsk | <input type="checkbox"/> Hantavirus |
| <input type="checkbox"/> Otros Arenavirus | |

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Sangre

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² 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.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente



**Comunidad
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE
FIEBRE HEMORRÁGICA VÍRICA**

Orina

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

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

Manipulador de alimentos

Manipulador de animales

Medioambiental: agua

Medioambiental: animal

Medioambiental: suelo

Trabajador de laboratorio

Trabajador del sexo

Trabajador sanitario

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

Agua de bebida

Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)

Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.

Animal de zona endémica

Contacto con animal vector/vehículo de transmisión

Lesión no ocupacional

Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

Persona a Persona: Con persona de país de alta prevalencia

Persona a Persona: Sexual sin especificar

Ocupacional

Otra exposición ambiental⁵

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

Animal de caza mayor

Animal de caza menor

Caballo

De granja

Garrapata

Gato

Mascota Exótica

Mono

Mosquito

Murciélago

Perro

Pulga

Roedor

Salvaje cautivo

Zorro

Otra mascota

Otro artrópodo

Otro Salvaje libre

Otro animal

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

Aguas costeras

Alcantarillado

Boscoso

Fosa séptica

Fuente

Humedal

Inundación

Lago

Pozo

Río

Rural

Selvático

Terreno encharcado

Urbano

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ **C. Autónoma:** _____

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

⁵ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc..



**Comunidad
de Madrid**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE
FIEBRE HEMORRÁGICA VÍRICA**

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

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apartamento | <input type="checkbox"/> Balneario |
| <input type="checkbox"/> Camping | <input type="checkbox"/> Crucero |
| <input type="checkbox"/> Hotel | <input type="checkbox"/> Privado |
| <input type="checkbox"/> Otro especificado | |

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"/> |

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Ébola | <input type="checkbox"/> Fiebre de Lassa |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de Marburg | <input type="checkbox"/> Fiebre del bosque de Kyasanur |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Valle del Rift | <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica Crimea-Congo |
| <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica de Omsk | <input type="checkbox"/> Fiebre hemorrágica por Arenavirus, otro |
| <input type="checkbox"/> Fiebre por Hantavirus | |

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁶: _____

OBSERVACIONES

⁶ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote