



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 (puede marcarse más de un signo/síntoma):

- Fiebre
 Orquitis
 Inflamación de parótidas
 Otra

Tipo de complicaciones (marcar la principal de las siguientes opciones):

- Encefalitis
 Meningitis
 Pancreatitis
 Otra
 Sin complicaciones

Hospitalizado¹: Sí No

Defunción: Sí No

Lugar del caso²:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____

Agente causal⁴: Virus de la parotiditis

Muestra (marcar hasta dos muestras con resultado positivo):

- LCR Orina
 Saliva Suero

Prueba (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

- Aislamiento
 Ácido nucleico, detección
 Anticuerpo, IgM
 Anticuerpo, seroconversión

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: Rellenar (virus de la parotiditis) sólo si se ha detectado por laboratorio.



Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

Genotipo (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> M |
| <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> N |
| <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> H | | |

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí No

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: ____/____/____

Presenta documento de vacunación Sí No

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

- 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 brote⁵: _____

OBSERVACIONES⁶

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.

⁶ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.