



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____
Declarante: _____ Centro de trabajo: _____
Teléfono: _____
Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
SIP: _____ Historia Clínica: _____
Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [] meses [] días [] Sexo: Hombre [] Mujer []
Domicilio: _____ Municipio: _____
Provincia: _____ Teléfonos: _____
Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____
Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____
Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____
Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No []
Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas ___/___/___ Fecha Diagnóstico ___/___/___

Descripción clínica

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorsalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas o vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albuminuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: (Citar): _____

Complicaciones: Sí [] No [] (Citar): _____ Desconocido []

Ingreso en hospital: Sí [] No [] Desconocido [] Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___

Centro _____ Servicio _____

Situación evolutiva: Caso Nuevo [] Recidiva Actual [] Reinfección [] Desconocido []

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____

Fallecimiento [] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [] Especificar _____ Desconocida []

DATOS LABORATORIO**Serología:**

	Fecha	Técnica	Resultado/Título
1ª Serología	___/___/___		
2ª Serología	___/___/___		

Fecha ___/___/___ Muestra _____

Especie: _____

Otras técnicas: (especificar técnica, resultado y fecha): _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Pertenece a BROTE [] Caso aislado [] Pendiente [] Agregación [] Desconocido []

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

TIPO DE CASO: Autóctono [] Importado [] País _____

Extracomunitario [] C. Autónoma _____ Pendiente [] Desconocido []

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [] Confirmado [] Error Diagnóstico [] Pendiente [] Desconocido []

Antecedentes de vacunación: Sí []: Fecha: ___/___/___ No [] Desconocido []

Nº Dosis recibidas _____ Fecha última dosis: ___/___/___

Centro Internacional de Vacunación: _____

Presenta documento de Vacunación: Sí [] No []

Factores de riesgo:

SÍ NO NS/NC

1. ¿Paciente extranjero? País de Procedencia: _____ [] [] []

Lugar de entrada al país: _____ Fecha llegada: ___/___/___

2. ¿Ha viajado el paciente al extranjero? Sí [] No [] Desconocido [] F. Entrada F. Salida

País 1: _____ ___/___/___ ___/___/___

País 2: _____ ___/___/___ ___/___/___

País 3: _____ ___/___/___ ___/___/___

Observaciones: _____

Medidas Adoptadas: _____