



**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE EXANTEMÁTICA Y MEDITERRÁNEA**

**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artromialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancha negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfadenopatía regional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción maculopapular	<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 \_\_\_\_\_

Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar \_\_\_\_\_  
Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Otra [ ] Especificar \_\_\_\_\_ Desconocida [ ]

**DATOS LABORATORIO****Serología:**

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

**Cultivo:** NEGATIVO [ ] POSITIVO [ ] No realizado [ ] Pendiente [ ] Dudoso [ ] Desconocido [ ]

Tipo de muestra: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 [ ]

**Convive con animales :** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

**Especificar especie/s:** \_\_\_\_\_

**Contacto con animales :**

Continuo [ ] Esporádico [ ] No Contacto [ ] Desconocido [ ]

**Especificar especie/s:** \_\_\_\_\_

**Contacto con animales de caza :** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

**Especificar especie/s:** \_\_\_\_\_

	FECHA	LUGAR	MUNICIPIO	PROVINCIA
<b>Picadura garrapata</b> Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]	___/___/___			

**Viajes:** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Especificar \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Medidas Adoptadas: \_\_\_\_\_