

## Anexo I. Encuesta Epidemiológica de Enfermedad por Virus Ébola

### Datos del Paciente

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_-\_\_-\_\_ Edad en Años: \_\_\_\_ Edad en Meses (<2 años): \_\_\_\_

Sexo:      Hombre            Mujer            CIP: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Lugar de Residencia:

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Año de Llegada a España: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de Estudios/Trabajo: \_\_\_\_\_

### Datos de la Enfermedad

Fecha de Inicio de Síntomas: \_\_-\_\_-\_\_ Temperatura Máxima Observada: \_\_, \_\_

### Manifestaciones Clínicas

Fiebre:       Cefalea:       Mialgias:

Dolor Abdominal Intenso:       Vómitos:       Diarrea:

Shock Hipovolémico:       Odinofagia:       Hemorragia:

Trombocitopenia:       Petequias:       Leucopenia:

Fallo Multiorgánico:       ↑Transaminasas:       Proteinuria:

Otros Síntomas:       Citar: \_\_\_\_\_

Complicaciones:       Citar: \_\_\_\_\_

Atendido Sanitariamente Durante su Estancia en Zona Endémica:    Sí:     No:

Hospitalizado:    Sí:     No:     Fecha de Ingreso Hospitalario: \_\_-\_\_-\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Número Historia: \_\_\_\_\_

Provincia del Hospital: \_\_\_\_\_ Municipio del Hospital: \_\_\_\_\_

Defunción:    Sí:     No:     Fecha de Alta/Defunción: \_\_-\_\_-\_\_

### Datos de Laboratorio

Toma de Muestras: Sí:  No:  Fecha Toma de Muestras: \_\_-\_\_-\_\_

Código de Muestra(Hospital Origen): \_\_\_\_\_

Envío de Muestra al CNM: Sí:  No:  Número Muestra CNM: \_\_\_\_\_

Fecha de Envío al CNM: \_\_-\_\_-\_\_ Fecha de Diagnóstico CNM: \_\_-\_\_-\_\_

Muestra: Sangre:  Otra:  Citar: \_\_\_\_\_

#### Resultado Positivo por:

Aislamiento:  Acido Nucleico (PCR):  Visualización:

Anticuerpos:  Seroconversión:  Antígeno:

Agente Causal: Virus Ébola:  Otro:

Especificar Otro Germen: \_\_\_\_\_

### Datos del Riesgo

#### Ocupación de Riesgo:

Atiende a Personas Enfermas:  Trabajador del Sexo:

Manipulador de Animales:  Técnico Medioambiental:

Trabajador de Laboratorio:  Trabajador Sanitario:

#### Exposición Principal

Contacto con Enfermo:  Contacto con Persona de País Riesgo:

Contacto Sexual:  Contacto Laboral:

Contacto con Animal, Tejidos Animales o Derivados:

Animal de Zona Endémica:  Otra Exposición Ambiental:

Citar Otra Exposición: \_\_\_\_\_

#### Animal Sospechoso:

Animal de Caza Mayor:  Animal de Caza Menor:  De Granja:

Mascota Exótica:  Mono:  Perro:

Murciélago:  Salvaje Cautivo:  Roedor:

Otra Mascota:  Caballo:  Gato:   
Otro Salvaje Libre:  Otro Animal:  Zorro:

**Ámbito de Exposición:**

Boscoso:  Selvático:  Rural:  Urbano:

**Datos del Viaje:**

Viaje Durante el Periodo de Incubación: Sí  No

**Lugar del Viaje:**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Fecha de Ida: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ Fecha de Vuelta: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Motivo de Estancia en el País Endémico:**

Inmigrante Recién Llegado:  Trabajador Temporal:  Turismo:   
Trabajador Sanitario  Visita Familiar:  Otro:

**Tipo de Alojamiento:**

Apartamento:  Balneario:  Camping:  Hotel:   
Crucero:  Privado:  Otro:  \_\_\_\_\_

**Categorización del Caso**

**Clasificación del Caso:**

En Investigación:  Descartado  Confirmado:

**Criterios de Clasificación de Caso:**

Criterio Clínico: Sí:  No:   
Criterio Epidemiológico Sí  No:   
Criterio de Laboratorio Sí  No:   
Asociado a Brote: Sí:  No:  Número de Brote: \_\_\_\_\_

Comunidad Autónoma/País del Brote: \_\_\_\_\_

### Categoría Diagnóstica

Virus Ébola:  Otro:  Especificar: \_\_\_\_\_

### Asignación del Caso:

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Caso Importado: Sí:  No:  País: \_\_\_\_\_

### Datos de Declaración del Caso

Fecha de Declaración del Caso: \_\_-\_\_-\_\_

Médico que Declara el Caso: \_\_\_\_\_ Centro Trabajo: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Observaciones

Investigación de Contactos: Sí:  No: