

ENQUESTA EPIDEMIOLÒGICA DE **MALALTIA PER VIRUS CHIKUNGUNYA** (NR=no realitzat, pte=pendent; des=desconegut; NP= no procedeix CA= Comunitat Autònoma; CNM=Centre Nacional de Microbiologia)

Data recepció  Sem.  És un cas subnotificat? no  sí  →Font:

**DADES DEL DECLARANT**

Metge que declara el cas:  Data de declaració:   
 Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

**DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT**

Nom  CIP:  NHClínica:   
 Data naixement:  Llinatge 1  Llinatge 2   
 Edat:  anys  mesos (< de 2 anys) Home  Dona   
 Domicili (habitual):  Telèfon:   
 Localitat / municipi:  País:  Professió/ocupació:   
 Lloc de feina/escola/curs/aula:  Telèfon:   
 Estranger: Sí  No  Des  Turista: Sí  No  Des  Nacionalitat/país procedència:   
 Data arribada a CAIB:  **Dades completes allotjament** →   
 Data sortida:  (adreça, hotel, núm. habitació, zona,...): →   
 Persona de contacte per control vectorial → Afectat  Altres → (identificació nominal)   
 Telèfons

**DADES DE LA MALALTIA**

Data inici símptomes  És una data estimada?: Sí  No  Des   

	Des	No	Sí
*Artràlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Des	No	Sí
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupció cutània	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorèxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓"altres símptomes" i "complicacions"↓

(\* Necesarios para definición de caso)  
 Ingrés hospitalari: No  Sí  → Data  → hospital i servei →   
 → Data alta   
 Evolució: Pte  Curació  Des  Defunció  →Data

**LABORATORI**

Confirmat per laboratori: Pte  No  Sí  → Data de resultat (primera prova positiva):   
 Marcar Mostres amb resultat positiu Pte  Cap resultat positiu  Sèrum  Sang  LCR  Altres   
 Marcar Proves positives Pte  Cap prova positiva  Aïllament  A.nucleic  IgM  IgG  Seroconversió   
 S'envien mostres al CNM No  Sí  →  

↓Tipus mostra↓	↓AI laboratori d'origen↓	↓Núm. Identificador de mostra↓	↓AI CNM↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DADES EPIDEMIOLÒGIQUES**

**Mecanisme Transmissió probable:** Vector  Transfusions,hemoderivats,transplantament  Mare-fill (nونات)   
 Viatge durant el per. d' incubació (12 dies) Des  No  Sí  →País  C. Autònoma   
 Dates: arribada  sortida  Província  Municipi   

Altres Llocs durant el Període d'incubació↓	Dates		Llocs durant el Període de virèmia↓	Dates	
	↓arribada↓	↓sortida↓		↓arribada↓	↓sortida↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cas associat a brot No  Sí  → núm.:   
**Tipus de Cas:** Autòcton  ↓Importat o Extracomunitari↓  →CA o País adquisició   
**Perfil:** Immigrant estranger  Immigrant espanyol  Turista →resident a →Balears  a altres CA  a altres països   
 Treballador temporal  Cooperant  Visita familiar/amics(VFR,s)  Altres

**CATEGORIZACIÓ DEL CAS**

Complex: criteris clínics Sí  No  criteris epidemiològics Sí  No  criteris de laboratori Sí  No   
 Categorització final: Sospitós  Probable  Confirmat

**OBSERVACIONS**