



Fitxa epidemiològica. Cas d'infecció congènita pel virus del Zika

Dades d'identificació del cas

Identificador del cas per al/a la declarant

Data de la 1a declaració del cas al sistema de vigilància (*nivell local*)

Dades del nadó o el fetus i dades de la mare

Identificador del nadó o el fetus

Sexe

Home Dona

Edat en dies

Edat en mesos

Data del naixement o de l'avortament

Nre. de setmanes de gestació al moment del naixement o avortament

Lloc de residència de la mare País

Província

Comunitat Autònoma

Municipi

País de naixement de la mare

Dades del/de la declarant

Nom i cognoms

Núm. de col·legiació

Nom del centre sanitari

Codi del centre sanitari

Telèfon

Municipi

Província

Comarca

Codi postal

Dades de la malaltia

Data de diagnòstic del cas de malformació congènita o infecció pel virus del Zika

Nre. setmanes de gestació al moment del diagnòstic

Manifestacions clíniques
(marqueu totes les opcions que corresponguin)

Microcefàlia

Calcificacions intracranials

Alteracions del nervi òptic

Lesions del SNC

Alteracions en l'exploració neurològica. *Especifiquen-les:*

Hospitalització (*almenys 1 nit d'estada*)

Sí No

Defunció

Sí No

Lloc del cas¹

País

Província

Comunitat Autònoma

Municipi

Cas importat (*el país del cas és diferent d'Espanya*)

Sí No

¹ És el lloc d'exposició o d'adquisició de la infecció. En general, es considera que és el lloc on la mare ha pogut contreure la malaltia. En cas que no es conegui aquest lloc, s'hi ha de consignar el lloc de residència de la mare.

Dades del laboratori

Data de diagnòstic

Agent causal (<i>marqueu la casella només si se'n té la confirmació del laboratori</i>)					<input type="checkbox"/>	Virus del Zika		
Mostres amb resultat positiu	<input type="checkbox"/>	Sèrum	<input type="checkbox"/>	LCR	<input type="checkbox"/>	Líquid amniòtic	<input type="checkbox"/>	Cordó umbilical
	<input type="checkbox"/>	Orina	<input type="checkbox"/>	Saliva	<input type="checkbox"/>	Placenta	<input type="checkbox"/>	Teixit cerebral
Proves amb resultat positiu	<input type="checkbox"/>	Detecció d'àcid nucleic		<input type="checkbox"/>	Aïllament			
	<input type="checkbox"/>	Anticòs IgM		<input type="checkbox"/>	Anticòsos neutralitzants			
Enviament de la mostra al Laboratori Nacional de Referència (LNR)					<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Identificador de la mostra del laboratori que fa l'enviament al LNR					Identificador de la mostra al LNR			

Dades del risc

Contacte persona-persona: mare-fill (nadó de mare infectada)

Dades de risc de la mare

Viatge durant el període d'incubació o durant l'embaràs (*termini de 15 dies*) Sí No

Loc del viatge

País	Data d'entrada	Data de sortida			
Motiu d'estada de la mare al país amb transmissió activa del Zika					
<input type="checkbox"/>	Immigrant acabada d'arribar		<input type="checkbox"/>	Turisme	
<input type="checkbox"/>	Treballadora temporal		<input type="checkbox"/>	Un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo:</i>	
<input type="checkbox"/>	Visita familiar		<input type="text"/>		

Altres factors de risc de la mare (*marqueu tots els que corresponguin*)

<input type="checkbox"/>	Contacte persona-persona: sexual	<input type="checkbox"/>	Ha rebut una transfusió o hemoderivats
<input type="checkbox"/>	Associat a atencions sanitàries		

Categorització del cas

Classificació del cas Probable Confirmat

Criteris de classificació del cas

Criteri clínic	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Criteri epidemiològic	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Criteri de laboratori	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Observacions (*consigneu-hi la informació rellevant no indicada a la resta dels apartats*)