

Este protocolo, una vez cumplimentado, se ha de remitir según el documento "Procediments" (www.epidemiologia.caib.es / "Notificació MDO").

**PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA**

(Contenido procedente y adaptado del documento "Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de EVE" -Anexo 1- CCAES, aprobado por la CSP el 16 de junio de 2015 con actualización 10 de agosto de 2018).

(no cumplimentar) Fecha notificación al nivel nacional  Comunidad Autónoma  *Baleares*  
(no cumplimentar) Fecha recepción  (no cumplimentar) Núm. caso en Baleares

**DATOS DECLARANTE**

Fecha en que se remite esta notificación

Nombre y apellidos

Centro de Trabajo  Unidad/servicio  Tfno

**INFORMACIÓN DEL CASO**

Si procede: Contacto asociado a CASO NUM:

Especificar detalles:

Edad  Fecha de Nacimiento  Sexo Hombre  Mujer  Desc

Nombre  Apellido1  Apellido2

Datos residencia habitual: País:  Comunidad Autónoma   
Provincia  Municipio

Dirección completa:

País nacimiento  Fecha llegada a España   
Fecha llegada a Baleares

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas

**Fiebre (↓especificar grados)**

°C

	Desc	No	Si		Desc	No	Si
Cefalea intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shock hipovolémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transaminasas altas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petequias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallo multiorgánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: Si  No

Ingreso Hospitalario No  Si  → Fecha ingreso   
→ Fecha alta

Centros hospitalarios:

Fallecido No  Si  → Fecha defunción

Lugar probable de adquisición de la enfermedad País  CA:   
Provincia  Municipio

Asignación de caso: Importado  Extracomunitario  Autóctono

**DATOS DE LA LABORATORIO**

Fechas de toma de muestra  Fecha de Dto. de laboratorio

Agente confirmado: Virus Ébola  otros  →

Prueba principal con resultado positivo: Detección A. nucleico  Detección Ac  Ag detección   
Aislamiento  Seroconversión Ac  Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) Si  No

Identificador de la muestra en laboratorio que envía

Identificador de la muestra en laboratorio en LNR

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Ocupación de riesgo (marcar una opción)**

Atiende a personas enfermas  Trabajador del sexo

Manipulador de animales  Técnico medioambiental

Trabajador de laboratorio  Trabajador sanitario

Especificar detalles

Ninguna ocupación de riesgo detectada

**Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión)**

Contacto con animal, tejidos de animales o derivados  Animal de zona endémica

Persona-Persona: Contacto con un enfermo  Persona- Persona: sexual sin especificar  Ocupacional

Otra exposición ambiental

Especificar detalles

**Animal sospechoso**

Animal de caza mayor  De granja  Animal de caza menor

Mascota Exótica  Mono  Perro  Murciélago  Caballo  Zorro

Salvaje cautivo  Roedor  Gato  Otra mascota  Otros

**Ámbito de exposición**

Boscoso  Selvático  Rural  Urbano

**Datos de viaje**

Viaje durante el periodo de incubación: Si  No

País  C.Autónoma

Provincia:  Municipio:

Detallar Fechas

Motivo : Inmigrante recién llegado  Trabajador temporal  Visita familiar

Trabajador sanitario  Turismo  Otros

Tipo alojamiento: Apartamento  Camping  Hotel  Balneario  Crucero

Privado  Otros

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

En investigación  Confirmado  Descartado

Categoría diagnóstica: Virus Ébola  Otros

Asociado a brote Si  No  Identificador de brote:

Investigación de contactos Si  No

**OBSERVACIONES (incluir cualquier información relevante no incluida en el resto de la encuesta)**