



# KAPARREK TRANSMITITUTAKO ENTZEFALITISA (ATZ)

ZAINTZA EPIDEMIOLOGIKOAREN SARE NAZIONALEKO.(ZESN)  
PROTOKOLOEN EGOKITZAPENA

ZAINTZA EPIDEMIOLOGIKOKO PROTOKOLOAK

# KAPARREK TRANSMITITUTAKO ENTZEFALITISAREN (ATZ) ZAINZA-PROTOKOLOA

## GAIXOTASUNAREN DESKRIBAPENA

### Hitzaurrea

Kaparrek sortutako entzefalitisa nerbio-sistema zentraleko gaixotasun akutu bat da, arbobirus batek sortzen du eta Europa eta Errusiako iparralde eta erdialde osoan zabaltzen da, baita ekialde urrunean ere, Japoniara arte. Espainian ez da gaixotasun hori existitzen; hala ere, bektore nagusia existitzen da, hau da, *Ixodidae* familiako kaparra.

Gaixotasunak bi fase ditu. Biremiaren lehenengo faseak 2 eta 8 egun artean irauten du, eta sarritan asintomatikoa da edo pseudogripearen sintomak izaten ditu. Bigarren faseak nerbio-sistema zentralari eragiten dio eta infekzioa jasan eta 2 eta 4 asteren bitartean gertatzen da. Koadro klinikoa honako hau izan daiteke: meningitisa, entzefalitis, meningoentzefalomielitisa edo meningoentzefalorradikulitisa. Gaixo horien ehuneko handi batek (%35-58k) ondorioak jasango ditu. Hilgarritasun-tasa Europako paziente helduen artean %1ekoa da, gutxi gorabehera, eta %3koa ere izan daiteke gaixotasuna larria izan daitekeen pazienteen artean, meningoentzefalitis, meningoentzefalomielitisa eta nerbio-sistema autonomoaren disfuntzioa barne. Pazienteek meningitis birikoaren edo meningoentzefalitisaren beste forma batzuetan baino gorputz-tenperaturaren zifra handiagoak azaltzen dituzte. Diagnostikatutako pazienteen %10ak ez du sintoma meningeorik; hala ere, horrek ez ditu konplikazio neurologikoak baztertzen. Entzefalitis kontzientziaren asaldurekin bereizten da, logalea edo lozorroa izan, eta kasu batzuetan, koma ere sor dezake. Besteak beste, ezinegona, gorputz-adarretako eta aurpegiko giharren hiperzinesia, mihiaren dardara, konbultsioak, bertigoa eta mintzamen-asaldurak moduko sintomak izan daitezke. Garezurreko, bereziki begietako nerbioak inplikaturik daudenean, aurpegiko eta faringeko giharrei eragiten zaie.

Meningoentzefalomielitisak gorputz-adarren paralisi flazidoa du bereizgarri. ATZ birusek bereziki gustuko dituzte lepoaren eta orno-muinaren aurreko adarreko zelulak. Beraz, paralisiak, orokorrean, gorputz-adarretako goiko atalei, sorbalda-gerrikoari eta burua igotzeko giharrei eragingo die, eta ondorioz, monoparesia, paraparesia eta tetraparesia garatu ditzake, arnas muskuluen paralisia barne. ATZren modu kliniko hori poliobirus bidezko infekzioaren oso antzekoa da. Hala ere, ATZ paresiak banaketa proximala du eta sarriago eragiten dio goiko aldeari beheko gorputz-atalei baino. Lesioa garun-enborreko azpiko aldera zabaltzen bada, eta bereziki muin luzangara, sindrome bulbarra garatzen da, eta horrek bat-bateko heriotza arriskua sortzen du arnas-gutxiegitasunarengatik edo gutxiegitasun kardiobaskularrarengatik.

Polirradikulitisaren sintomak sukarra jaitsi eta hurrengo 5 edo 10 egunetan ager daitezke. Sintoma horiekin batera bularraldeko paralisia ager daiteke eta 2 astera arte iraun dezake, eta ondoren hobetu egiten da. Mielitisaren ondoriozko paralisi-kasuen ondoren, normalean, atrofia nabarmena sortzen da.

Gaixotasun hori urtaroen arabera agertzen da, hori transmititzen duten bektoreen jardueraldiak jarraituz. Gaixotasun hori urte osoan zehar diagnostika daiteke. Hala ere, kapar-espezie ezberdinen jarduera-aldiak aldatu egiten dira uda-hasiera eta udazken-hasiera artean, eremuko tenperaturen eta erregimen plubiometrikoaren arabera.

### **Agentea**

Agente etiologikoa, alegia, kaparrek transmititutako entzefalitisaren birusa *Flaviviridae* familiako *Flavivirus* generoko kide da, eta estuki lotzen da Langat eta Powassan birusekin; izan ere, birus horiek ere gizakien entzefalitis sortzen dute. Era berean, Omsk sukar hemorragikoaren birusarekin ere lotzen da, baita Kyasanur basoetako gaixotasuna sortzen duen birusarekin eta horrekin lotzen den Alkhurma birusarekin ere; azken horiek sukar hemorragiko larriak sortzen dituzte.

Egun, kaparrek transmititutako entzefalitisaren birusa eta Louping gaixotasunaren birusa bateratzen dituen espezie bakarra ezagutzen da; izan ere, bektorea eta kokapen geografikoa partekatzen dute.

Kaparrek transmititutako entzefalitisaren birusaren 3 azpi-tipo deskribatu dira:

- Europako mendebaldeko eta erdialdeko birusa, Finlandiako Kumlinge birusa barne.
- Siberiako tipoa, Finlandiako mendebaldean deskribatutakoa barne.
- Ekialde urruneko tipoa.

### **Erreserborioa**

Erreserborioak ugaztun txikiak dira, hala nola basasaguak, lursagu mediterraneoak, muxarrak eta basakuak; horietan, biremia-aldi luzea (2 eta 8 egun artekoa) izaten da eta birus-maila altuak sortzen dira. Kaparrak ostalari horietan elikatzean infektatuko dira ziurrenez, non birusak ostalariarekin ere hibernatu dezakeen. Beste ugaztun batzuek ere erreserborio-lana betetzen dute, ala nola orkatzek, ahuntzek eta ardiek, baina horien biremia-aldia laburra da eta birus-maila baxuak izaten dituzte.

Hegaztiak biremia-aldi oso laburra izaten dute eta ez dute inolako zereginik betetzen birusaren erreserborio-lanetan. Hala ere, sarritan, *Ixodes ricinus* heldugabeek anfitrion moduan erabil ditzaketenez, infekzioa zabaltzen lagundu dezakete.

Birusaren transmisio-katean, gizakia irtenbiderik gabeko ostalaria da.

*I. ricinus* kaparra infekzio horien bektore nagusia da, Europan. Kaparrak gizakia infekta dezake bere bizi-zikloko fase guztietan, larbaren fasean izan ezik. Kaparrak ninfa-fasean daudenean, aktiboagoak dira bektore moduan. Bestetik, kapar helduak baino, ninfa askoz ere gehiago dago naturan, eme helduek baino tamaina txikiagoa dute eta kolore apalagoa, eta ondorioz, zailago hautematen eta deuseztatzen dira gizakiaren gorputzean.

Kapar heldua landareetan edo ostalian bizi da; bizitokitik jaitsi eta arrautzak lurrian jartzen ditu. Arrautza horietatik jaiotzen diren larbak 13 eta 19 hilabete artean bizi daitezke elikatu gabe. Larbak ostalari batean instalatzen dira bere odolaz elikatzeko; une horretan infektatzen dira, birusa duen ostalariaren lehen odola hartzen dutenean. Ondoren, lurrera bueltatzen dira, larrean ninfa bihurtzeko. Ninfak 24 hilabetera arte bizi daitezke elikatu gabe. Ninfek ostalari berri bat hartzen dute ostalariaren odolaz elikatzeko; amaitzean, jaitsi egiten dira heldu bilakatzeko. Helduak 27 hilabetera arte egon daitezke elikatu gabe. Heldu gazteak ostalari nagusira igotzen dira ziklo hori berriz ere hasteko. Ostalaria animalia bera izan daiteke, espezie bereko beste animalia bat edo beste espezie batekoa izan daiteke.

Europa erdialdeko eta iparraldeko fokuetan, infekzioak ninfetan duen prebalentzia %0,1-0,5 ingurukoa da eta helduen artean %0,3-6,0 artekoa. Infekzioaren prebalentzia *I. persulcatus* espeziearen eme helduen artean, Ekialdeko birusaren bektore nagusia dena, *I. ricinus* espeziean baino askoz ere handiagoa izaten da (%40ra arte).

Kapar-espezie biek herrialde Baltikoetan zirkulatzen dute, non horien kokapena gainjartzen den. Ekialde Urruneko tipoa Siberian aurkitu da, baita Europako zenbait herrietan ere.

Bektore nagusien 2 espezie horiez gain, alegia, *I. ricinus* eta *I. persulcatus*, beste kapar-espezie batzuk ere bektore gaiak dira, baina bigarren mailakoak, alegia, *I. hexagonus*, *I. arboricola*, *I. concinna*, *Haemaphysalis inermis* eta *Ha. punctata*.

### **Transmisio modua**

Transmisio modurik ohikoena kapar baten ziztada bidez da, bereziki *I. ricinus* generokoarena, horiek baitira naturako ATZren birusaren bektore nagusiak eta erreserborioak.

Infektatutako ahuntzen, behien eta ardien esneak birusa du eta infekzio-iturri izan daiteke gizakiarentzat. Europako Ekialdeko herrialdeetan elikadura bidezko transmisioa gertatzea ohikoa da ardiaren edo ahuntzaren esne gordina edateagatik. Familietan sarri gertatzen dira agerraldiak kutsapen-bide horren ondorioz.

Laborategian gertatutako infekzioak komunikatu dira.

Orain arte ez da pertsonatik pertsonarako transmisioa deskribatu; hala ere, aukera teoriko bat da, esaterako, paziente biremico baten transplantearen edo odol-transfusioen bidez.

### **Inkubazio-aldia**

Inkubazio-aldiak 7 egun irauten ditu batez beste; hala ere, 2 eta 28 egun arteko aldia ere deskribatu da.

### **Kutsakortasun-aldia**

Ez da pertsonatik pertsonara transmititzen. Kaparrak infektiboak izango dira beren bizitza osoan zehar; izan ere, birusak kaparraren estadio guztiak gaindi ditzake, eta infektatutako emeak ondorengoei pasa diezaieke.

### **Kutsatzeko arriskua**

Kutsatzeko arriskua orokorra da. Infektatutako pertsona batek antigorputz espezifikoak garatzen ditu ATZ birusarentzat, eta berriz infektatzearen aurrean immune jarraituko du bizi osoan zehar.

Herralde endemikoetan txertaketa-kanpainak egiten dira bakuna ez aktiboarekin, endemia altuko eremuetan.

## **GAIXOTASUNAREN ZAINZA**

### **Xedeak**

Kasu autoktonoak modu goiztiarrean hautematea, kontrol-neurriak orientatze eta birusaren zirkulazioa saiheste aldera, bereziki bektore-gai baten presentzia dagoen eremuetan.

Inportatutako kasua hautematea, birusak zer jarduera duen jakinarazteko infekzioa gertatu den tokian.

### **Kasuaren definizioa**

#### Irizpide klinikoa

Nerbio-sistema zentrolean inflamazioaren baten sintomak dituen norbait: meningitisa, meningoentzefalitisa, entzefalomielitisa edo entzefalorradikulitisa.

#### Laborategiko irizpidea

**Konfirmatutako kasurako**,laborategi-irizpidea, bost hauetatik bat, gutxienez:

- Birusa lagin kliniko batean isolatzea.
- Azido nukleikoa edo antigenoak detektatzea, lagin kliniko batean.
- Serumaren lagin binakatuetan serobihurketa egitea edo antigorputz espezifikoaren maila 4 aldiz handitzea, beste flabivirus baten bidezko infekzioa baztertu ondoren.
- IgM eta IgG espezifikoaren antigorputzak serumean, infekzioa beste flabivirus baten bidez baztertu ondoren.

- Antigorputz espezifikoak hautematea LZRan, infekzioa beste flabivirus baten bidez baztertu ondoren.

**Kasu probable** baterako laborategiko irizpidea honakoa:

- IgM antigorputz espezifikoak detektatzea serum-lagin batean.

Txertoaren egoeraren eta beste flabivirus batzuekin izandako kontaktuaren arabera interpretatu behar da serologia. Konfirmatutako kasuak seroneutralizazio edo teknika baliokide baten bidez baliozkotu behar dira.

Kasu horiek Mikrobiologia Zentro Nazionalako (ISCIII) erreferentzia-laborategira bidaliko dira diagnostikoa baieztatzeko eta hautemandako birusa bereizteko.

### Irizpide epidemiologikoa

Eremu endemiko batera bidaiaria egin izana sintomak hasi eta lau aste lehenago.

Iturri komun batekin kontaktua izatea (pasteurizatu gabeko esnekiak).

### **Kasuen sailkapena**

Kasu susmagarria: Ez da aplikatzen.

Kasu probablea: Kasu probablearen irizpide kliniko edo laborategiko irizpidea betetzen duen pertsona, edo irizpide klinikoak eta irizpide epidemiologikoren bat betetzen duen pertsona.

Baieztatutako kasua: Kasuaren definizioaren irizpide klinikoak betetzen dituen pertsona eta laborategiko irizpideak.

### **Agerraldiaren definizioa**

Harreman epidemiologikoa duten kasu bi edo gehiago.

### **ZAINTZEKO ERA**

Autonomia-erkidegoak banan-banan jakinaraziko dizkio kasu inportatutak Epidemiologia Zentro Nazionalari, Zaintza Epidemiologikoko Sare Nazionalaren bidez, eta kasua adierazteko epidemiologia-inkestako informazioa bidaliko dio astean behin (epidemiologia-inkesta erantsi da). Hasierako adierazpenaren ondoren eguneratu ahalko da kasuari buruzko informazioa, eta informazioaren urteko baterakuntza egingo da.

Inportatutako kasuak multzokatu direla hautemango balitz, zehatz-mehatz ikertuko da eta autonomia erkidegoko Behaketa Zerbitzuak horren azkeneko txostena Epidemiologia Zentro Nazionalera eta Osasun Alerta eta Larrialdi Zentrora bidaliko ditu ahalik eta azkarren.

Kasu autoktono probablea edo konfirmatua hautematen denean, ulertuko da “gaixotasun bat hartu dela ordura arte gaixotasun hori izan ez den eremu batean”, eta ondorioz, osasun publikoko alerta bihurtuko da. Autonomia-erkidegoak premiaz emango die horren berri Osasuneko Ministerioko Osasun Alerta eta Larrialdien Koordinazio Zentroari (CCAES) eta Epidemiologia Zentro Nazionalari (CNE). Osasun Alerta eta Larrialdien Koordinazio Zentroak eragindako autonomia-erkidegoekin batera baloratuko ditu hartu behar diren neurriak, eta, beharrezkoa balitz, Europar Batasuneko Alerta eta Erantzun Azkarreko Sistemari eta OMERi jakinarazi, Nazioarteko Osasun Erregelamenduarekin (2005) bat eginez.

## **OSASUN PUBLIKOKO NEURRIAK**

### **Prebentzio-neurriak**

2012an kaparrek transmititutako entzefalitisaren Europar zaindu eta jakinarazi beharreko gaixotasunen ECDC (Gaixotasunen prebentzio eta kontroleko Europako Zentroa) zerrendan jaso zen. Europako iparraldeko eta erdialdeko zenbait eremuetan endemikoa izan arren soilik, bidaien eta elikagaien merkataritza askearen ondorioz, kalterik izan ez duten eremuetan zabal daiteke. Gainera, gaixotasun larria da eta ondorioak uzten ditu. Prebentziozko neurriak existitzen dira, esaterako, Espainian merkaturatuta ez dagoen bakuna erabilgarri eta eraginkor bat.

Gure herrialdean ez da gaixotasun horren kasurik hauteman. Hala ere, hura transmititzeko bektore gaiak existitzen dira.

### **Kasu baten aurrean, horren kontaktuetan eta ingurumenean hartu behar diren neurriak**

Biztanleriari hezkuntza ematea kaparren bidezko kutsapenaren eta horiek saihesteko babes pertsonaleko moduen gainean. Pertsonak kaparrekin kontaktuan jartzea saihesteko, baliabide fisikoak edo uxagarriak erabiliko dira akaro horien aurrean. Eremu infestatu batean biziz gero, eremu horretatik ateratzean agerian zeuden gorputzeko alderdiak berrikusi beharko dira, kaparren bat itsatsi dela egiaztatzeko. Hala gertatu bada, kontuz-kontuz kendu beharko dira, birrindu gabe, leun-leun eta etengabe tiratuz azaletik hurbil jarritako pintza batzekin, ahoko zatiak itsatsita gera ez daitezten. Arreta jarri behar zaie edo eskuak estali kaparrak deuseztatzen diren bitartean.

Endemia altuko eremuetara bidaiatzen denean, bidaiariari jakinarazi beharko zaio txertoa jarri behar duela.

### **Agerraldi bati aurre egiteko neurriak**

## Kaparrak transmititutako entzefalitisaren (ATZ) zaintza protokoloa

---

Agerraldi bat izanez gero, eraginpean izateko arriskua duten pertsonak eta infekzio-iturria ikertu beharko dira, baita esne edo esneki gordina kontsumitu den, basoraedo landaredia dagoen guneren bat bisitatu ote den ere. Ikerketa horri esker, ixodes bidez infestatutako eremuak identifikatu eta mugatu ahalko dira, baita horiek garbitu ere.



## BIBLIOGRAFIA

EFSA Panel on Animal Health and Welfare (AHAW); Scientific Opinion on Geographic Distribution of Tick-borne Infections and their Vectors in Europe and the other Regions of the Mediterranean Basin. EFSA Journal 2010;8(9):1723. [280 pp.] doi:10.2903/j.efsa.2010.1723. [www.efsa.europa.eu/efsajournal.htm](http://www.efsa.europa.eu/efsajournal.htm)

EFSA Panel on Animal and Welfare (AHAW); Scientific Opinion on the Role of Tick Vectors in the Epidemiology of Crimean Congo Hemorrhagic Fever and African Swine Fever in Eurasia. EFSA Journal 2010;8(8):1703. [156 pp.] doi:10.2903/j.efsa.2010.1703. Sarean eskuragarri: [www.efsa.europa.eu/efsajournal.htm](http://www.efsa.europa.eu/efsajournal.htm)

Heymann, David L. *Control of Communicable Diseases Manual* 19 th Edition 2008, 523-524.

Randolph SE, on behalf of the EDEN-TBD sub-project team. Human activities predominate in determining changing incidence of tick-borne encephalitis in Europe. *Euro Surveill.* 2010;15(27). <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19606>

Randolph, SE To what extent has climate change contributed to the recent epidemiology of tick-borne diseases? 2010 *Veterinary Parasitology* 167: 92-94 or.

Stephanof P Tick-borne encephalitis surveillance systems and vaccination recommendations in UE/EEA, 2009 Collaboration between VENICE II project and ECDC

Tsai TF, Vaughn DW, Solomon T. Flavivirus Encefalitis transmitidas por garrapatas. En *Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica*. Ed. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Capítulo 149: 1927-47. or. 6. edizioa. MMV Elsevier Inc., 2006.

WHO (2004). The vector-borne human infections of Europe, their distribution and burden on public health. WHO Regional Office for Europe, 67-71. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/98765/e82481.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98765/e82481.pdf)

Lotric-Furlan S, Avsic-Zupanc T, Strle F. Tick-borne encephalitis after active immunization. *International Journal of Medical Microbiology* 2011;298(1):309-13.

## I. Eranskina. INKESTA EPIDEMIOLOGIKOA KAPARREK TRANSMITITUTAKO ENTZEFALITISAREN GAINEAN

### DEKLARATZAILEAREN ETA DEKLARAZIOAREN DATUAK

Autonomia-erkidego deklaratazalea: \_\_\_\_\_

Kasuaren identifikatzailea deklaratazalearentzat: \_\_\_\_\_

Kasuaren lehenengo deklarazioaren data<sup>1</sup>: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PAZIENTEAREN DATUAK

Pazientearen identifikatzailea<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

Jaioteguna: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adina, urtetan: \_\_\_\_ Adina, hilabetetan (2 urtetik beherakoak): \_\_\_\_

Sexua: Gizona  Emakumea

Bizilekua:

Herrialdea: \_\_\_\_\_ Autonomia-erkidegoa: \_\_\_\_\_

Probintzia: \_\_\_\_\_ Udalerria: \_\_\_\_\_

Jaioterria: \_\_\_\_\_

### GAIXOTASUNAREN DATUAK

Kasuaren data<sup>3</sup>: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sintomak noiz hasi ziren: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Zeinu klinikoa** (markatu aukera egoki guztiak):

Entzefalitisa  Sukarra

Meningitisa  Meningoentzefalitisa

Meningoentzefaloradikulitis

Ospitaleratuta<sup>4</sup>: Bai  Ez

Ospitalean sartu zen eguna: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Ospitaleko alta-eguna: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<sup>1</sup> Kasuaren lehenengo deklarazioaren data: Zaintza-sistemari zer egunetan egin zitzaion lehenengo deklarazioa (normalean, tokiko mailatik egiten da).

<sup>2</sup> Izen-abizenak:

<sup>3</sup> Kasuaren data: sintomak noiz hasi ziren, edo, data jakin ezean, datarik hurbilena (diagnostikoaren data, ospitaleratze data eta abar).

<sup>4</sup> Ospitaleratuta: Ospitalean gutxienez gau bateko egonaldia.

Heriotza: Bai  Ez

Heriotza-eguna: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Kasuaren tokia<sup>5</sup>:

Herrialdea: \_\_\_\_\_ Autonomia-erkidegoa: \_\_\_\_\_

Probintzia: \_\_\_\_\_ Udalerria: \_\_\_\_\_

Inportatua<sup>6</sup>: Bai  Ez

## LABORATEGIKO DATUAK

Laborategiko diagnostikoaren data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Kausako agentea<sup>7</sup>:  Kaparrek transmititutako entzefalitisaren birusa.

**Lagina(emaitza positiboa eduki duen lagin nagusia markatu):**

Odola

LZR

Beste zehaztutako lagin bat

**Proba** (lagin nagusian positibo eman duten probak markatu):

Azido nukleikoa, detekzioa  Isolamendua

Antigorputza, detekzioa  Antigorputza, serobihurketa

Antigorputza, IgG eta IgM  Antigorputza, IgM

Zehaztutako beste proba bat

Lagina Erreferentziazko Laborategi Nazionalera (ELN) bidali da: Bai  Ez

Deklaratzaileak ELNri bidali dion laginaren identifikatzailea: \_\_\_\_\_

Laginaren identifikatzailea ELNn: \_\_\_\_\_

## ARRISKUAREN DATUAK

**Arriskudun lanbidea** (markatu aukeretako bat):

<sup>5</sup> Kasuaren tokia (herrialdea, autonomia-erkidegoa, probintzia, udalerria...): infekzioarekiko esposizioaren edo infekzioa hartu den tokia, oro har, pazienteak gaixotasuna hartu ahal izan duen tokia izango da. Toki hori zein den jakin ezean, kasuaren bizilekua hartuko da.

<sup>6</sup> Inportatua: kasua inportatua izango da, kasuaren herrialdea Espainia ez bada.

<sup>7</sup> Kausako agentea: Laborategiak pazientearengan baieztatu badu bakarrik bete soilik.

Elikagaien manipulatzailea

Animalien manipulatzailea

Ingurumenekoa: ura

Ingurumenekoa: animalia

Ingurumenekoa: lurzorua

Laborategiko langilea

**Esposizioa** (aukeretako bat markatu):

Elikagai susmagarria jatea (edateko ura izan ezik)

Kontaktua animaliekin, transmisioaren bektore/eramaile gisa

**Animalia susmagarria** (markatu aukeretako bat):

Ehiza xeheko ehizakia

Abeltegikoak

Kaparra

Bestelako animalia bat

Karraskaria

**Esposizioaren eremua** (markatu aukeretako bat):

Oihantsua

Landa-eremua

Basoa

Hiri-ingurunea

Bidaia-datuak:

Bidaia inkubazio-aldian: Bai  Ez

Bidaiaren tokia:

Herrialdea: \_\_\_\_\_

Noiz joan den: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Noiz itzuli den: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BAKUNAZIOAREN DATUAK**

## Kaparrek transmititutako entzefalitisaren (ATZ) zaintza protokoloa

Dosiren batekin txertatua: Bai  Ez

Dosi-zenbakia: \_\_\_\_\_

Noiz jaso duen azken dosia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bakunazioaren dokumentua aurkeztu du Bai  Ez

### KASUAREN KATEGORIZAZIOA

**Kasuaren sailkapena** (markatu aukeretakoko bat):

Probablea

Egiaztatua

**Kasua sailkatzeko irizpideak:**

Irizpide teknikoa Bai  Ez

Irizpide epidemiologikoa Bai  Ez

Laborategiko irizpidea Bai  Ez

**Lotuta:**

Agerraldiari: Bai  Ez  Agerraldiaren identifikatzailea: \_\_\_\_\_

Agerraldia deklaratu duen autonomia-erkidegoa<sup>8</sup>: \_\_\_\_\_

### OHARRAK<sup>9</sup>

**Fitxategia:** Bai  Ez

<sup>8</sup> Agerraldia deklaratu duen autonomia-erkidegoa: agerraldiaren identifikatzailea esleitu duena.

<sup>9</sup> Inkestan adierazi ez den informazio garrantzitsu guztia sartu