

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)

POR FAVOR, COMPLÉTELO CON LA MÁXIMA INFORMACIÓN POSIBLE

Los datos donde enviar el presente documento aparecen al final. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame al 913700888 o por correo electrónico:

Viras.epidemiologia@salud.madrid.org



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

ID	
1 DATOS DEL NOTIFICADOR (PERSONA QUE RELLENA EL FORMULARIO):	
Nombre:	Cargo/Profesión
Lab / Hospital:	Teléfono:
Contacto principal para la investigación de brotes:	Email:

2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Apellidos:	Nº de HC:
Nombre:	Domicilio:
Fecha de nacimiento:	Municipio:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> NC	Teléfono/s:
Hospital:	Centro de Salud:
	Residencia:

3 INFORMACIÓN SOBRE EL DOMICILIO HABITUAL Y NIVEL DE DEPENDENCIA			
Tipo de Residencia		<input type="checkbox"/> Domicilio familiar <input type="checkbox"/> Residencia de mayores	
		<input type="checkbox"/> Piso tutelado <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
Si vive en una residencia	Nº total del residentes:	¿Comparte habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿con cuántas personas?		¿con quién comparte habitación?:	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro residente
		<input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Otros:	
Información sobre las instalaciones del baño:			
<input type="checkbox"/> Inodoro		<input type="checkbox"/> Cuña	<input type="checkbox"/> Baño compartido
<input type="checkbox"/> Baño no compartido		<input type="checkbox"/> NC	<input type="checkbox"/> Otros:
Si comparte baño, indique nº de personas			
Nivel de dependencia del paciente			
Movilidad:	<input type="checkbox"/> Independiente (puede utilizar ayuda)		<input type="checkbox"/> Ayuda de una persona sin cualificar
	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas + independiente		<input type="checkbox"/> inmóvil <input type="checkbox"/> NC
Uso aseo:	<input type="checkbox"/> Independiente (puede usar el baño / inodoro, desnudarse, asearse + vestirse)		
	<input type="checkbox"/> Un poco de ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> NC		
¿Dentro de los últimos 6 meses el paciente ha residido en otro lugar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC	
		En caso afirmativo, fechas:	
		<input type="checkbox"/> Domicilio familiar	
En caso afirmativo: tipo de residencia		<input type="checkbox"/> Residencia de mayores <input type="checkbox"/> Piso tutelado <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	
En caso afirmativo+ Cuidados larga estancia : Nº de residentes:		Nombre de la residencia:	

4 DATOS DE LABORATORIO					
Nº de muestra	Fecha de recogida	Tipo de muestra + localización anatómica	Razón de recogida de la muestra	Microorganismo	Referencia del microorganismo
Localización del paciente cuando se tomó la muestra					
<input type="checkbox"/> Hospital de agudos		<input type="checkbox"/> Rehabilitación o cuidados a domicilio		<input type="checkbox"/> Vivienda propia	
<input type="checkbox"/> NC		<input type="checkbox"/> Otros (especificar):			
¿El organismo aislado se cree que es la causa de una infección clínica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC					
En caso afirmativo, indique detalles, incluyendo la evolución si se conoce:					
Tipo de carbapenemasa y método utilizado para su determinación (por ejemplo, fenotípico, molecular, MALDI TOF, ...)					

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)

POR FAVOR, COMPLÉTELO CON LA MÁXIMA INFORMACIÓN POSIBLE

ID

5 HOSPITALIZACIONES RECIENTES (en los últimos 6 meses)

Si ha precisado atención hospitalaria, ¿ha sido hospitalizado durante los últimos 6 meses?:

Sí No NC

Si marca No o NC por favor, pase al Punto 6.

Actual/ Anteriores Ingresos	Nombre del Hospital	Fecha		Tipo de Ingreso	Nombre del Servicio/Unidad	Planta/cama (señalar todas)
		Ingreso	Alta			

Si el paciente está hospitalizado, ¿ha recibido antibióticos durante el ingreso actual (antes de la muestra positiva a EPC)?

Sí No NC En caso afirmativo, marque:

Carbapenems Cefalosporinas Sí, pero no se conoce
 Quinolonas Otros

6 Historia Clínica

Enfermedades subyacentes/ Factores de riesgo: Sí No NC En caso afirmativo, marque:

Diabetes mellitus Cáncer hematológico Diálisis Catéter venoso central
 Inmunosupresión Otros tipo de cáncer (especificar): _____

Cirugía durante los 6 meses anteriores (previos a la muestra positiva): Sí No NC En caso afirmativo, marque:

Vascular Gastrointestinal superior Urológica
 Gastrointestinal inferior Otra (especificar) _____

Procedimientos de endoscopia (durante los últimos 6 meses): Sí No NC En caso afirmativo, marque el tipo:

Gastrointestinal Urológica
 Si, pero desconocida Otra (especificar) _____

Patología urológica? Sí No NC En caso afirmativo, especifique:

Estaba el paciente cateterizado o nefrostomizado cuando se tomó la muestra? Sí No NC

En caso afirmativo, señale la causa:

Retención urinaria Incontinencia Confort del paciente
 Lesiones en la piel NC Otros: _____

En caso afirmativo, marque:

Sonda uretral Suprapúbica Intermitente
 Nefrostomía NC Otros: _____

En caso afirmativo, Duración:

Larga duración (30 días o más) Temporal (<30 días)
 NC Otros: _____

Si el sondaje es de larga duración, quién le realiza los cuidados (cambio, limpieza, etc.)?

El propio paciente Enfermería en el centro de Salud Enfermería en el domicilio
 Un miembro de la familia NC Otros: _____

Tratamiento para las infecciones del tracto urinario en los últimos 6 meses:

En caso afirmativo, enumere los antibióticos: Sí No NC

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)

POR FAVOR, COMPLÉTELO CON LA MÁXIMA INFORMACIÓN POSIBLE

ID

7 VIAJES REALIZADOS FUERA DE ESPAÑA (EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS)

Fechas	País	Ciudad/Región	Motivos del viaje
			Médicos / Visita amigos o familiares / Turismo / Trabajo / Otros

Indique detalles de los viajes al extranjero de los otros miembros del hogar / visitantes del extranjero (si se conoce) en los 3 años anteriores:

Indique detalles de los tratamientos médicos en el extranjero (si se conocen) en los 3 años anteriores

8 MEDIDAS PREVENTIVAS (adoptadas en el lugar donde estaba el paciente en el momento que se aisló la EPC)

Por favor, señale las medidas de control de la infección realizadas:

- Aislamiento del paciente Precauciones de contacto Cribado del caso
 Cohorte de enfermería No se tomó ninguna medida Cribado de los contactos de la misma zona/planta
 Cribado de otros contactos (especificar):
 Otras medidas (especificar):

Resultados de la investigación realizada acerca de cómo adquirió la EPC o cualquier otro detalle relevante

9 OBSERVACIONES (Por favor, describa cualquier información adicional)

¿Ha tenido contacto con otros casos? No No Sí (indique los detalles):

Muchas gracias por completar el formulario

Por favor, envíelo al correo electrónico: Viras.epidemiologia@salud.madrid.org, o al fax: 913700883
o a la dirección postal C/San Martín de Porres, 6 Madrid 1º planta. Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid
Si necesita algún tipo de ayuda para completar este formulario o no está seguro de cómo enviarlo, por favor llame a **913700888**