

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
 DNI/NIE: _____ Pasaporte: _____ CIPA: _____ CIP-SNS: _____
 Sexo al nacimiento: Seleccione una opción
 Sexo administrativo: Seleccione una opción
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Años ☐ Meses (si menos de 2 años)
 País de nacimiento: ☐ España
☐ Otro, especificar: _____ Fecha aprox. llegada a España: _____
 Nacionalidad: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ C. Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ Fecha de diagnóstico: _____
 Clasificación del caso: ☐ Confirmado Criterios de clasificación: ☐ Clínico
☐ Laboratorio
☐ Epidemiológico
 Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ No
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: Seleccione una opción
 Estancia en UCI: ☐ No
☐ Sí ⇒ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
 Nº historia clínica: _____
 Evolución: Seleccione una opción
 Si secuelas ⇒ Especificar: _____
 Si fallecimiento ⇒ Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: Seleccione una opción
 Colectivo de interés: _____
 Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
☐ Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____
☐ No
 Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
☐ Coincide con el domicilio
☐ Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):
 Tipo de lugar o colectivo: _____
 Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ C. Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____ Fecha de notificación: _____
 Centro/Institución: _____ Servicio: _____
 Municipio: _____ Teléfono: _____ Email: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
*Muestras: LCR, sangre, líquido articular/sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural.				
Serotipo: ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ No tipable/No capsulado				
Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido				
Interpretación de los resultados de sensibilidad (EUCAST)				
	S	I	R	CMI (mg/L)
Ampicilina	☐	☐	☐	_____
Amoxicilina/ácido clavulánico	☐	☐	☐	_____
Cefuroxima	☐	☐	☐	_____
Cefotaxima	☐	☐	☐	_____
Ciprofloxacino	☐	☐	☐	_____
Trimetoprim-sulfametoxazol	☐	☐	☐	_____
Rifampicina	☐	☐	☐	_____
<i>S: Sensible con régimen de dosificación estándar; I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico; R: Resistente</i>				
<i>CMI: Concentración mínima inhibitoria</i>				
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR): ☐ Sí ☐ No				
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____				

DATOS DE VACUNAS

Vacunación documentada: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
Número de dosis: _____ Fecha de última dosis recibida: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Manifestaciones clínicas:	Sí	No	NS/NC		Sí	No	NS/NC
Sepsis:	☐	☐	☐	Neumonía bacteriémica:	☐	☐	☐
Bacteriemia:	☐	☐	☐	Artritis:	☐	☐	☐
Meningitis:	☐	☐	☐	Pericarditis:	☐	☐	☐
Epiglotitis:	☐	☐	☐	Osteomielitis:	☐	☐	☐
Otra clínica:	☐	☐	☐	Especificar ⇒ _____			

OBSERVACIONES