

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ **Apellido1:** _____ **Apellido2:** _____

Sexo: Hombre Mujer **Fecha de nacimiento:** ___/___/____ **Edad:** ___ Meses Años

País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ **Año de llegada a España:** _____

Nacionalidad: _____ **Teléfono 1:** _____ **Teléfono 2:** _____

Domicilio: _____ **Nº:** _____ **Piso:** _____

Municipio: _____ **Código postal:** _____ **Área:** _____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____

Provincia: _____ **Comunidad Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/____ **Fecha de diagnóstico clínico:** ___/___/____

Clasificación del caso: Sospechoso Probable Confirmado

Criterios de clasificación: Clínico Laboratorio Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):

Sí ⇒ **Hospital:** _____ **Servicio:** _____
Nº historia clínica: _____

No **Fecha de ingreso:** ___/___/____ **Fecha de alta:** ___/___/____

Evolución: Curación
 Secuelas, especificar secuelas: _____
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: ___/___/____

Situaciones de interés epidemiológico:

Albergue/Indigente Trabajador de centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
 Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____ **Área:** _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):

Sí, especificar: _____
 No

Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):

Coincide con el domicilio
 Diferente del domicilio

Lugar: _____

Dirección: _____ **Nº:** _____ **Piso:** _____

Municipio: _____ **Código postal:** _____ **Área:** _____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____

Provincia: _____ **Comunidad Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____

Centro de Trabajo: _____

Municipio: _____ **Área:** _____ **Teléfono:** _____ **Fecha de declaración:** ___/___/____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de antígeno	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Detección ácido nucleico	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Visualización (tinción Gram)	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Aislamiento	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____

*Muestras: LCR, sangre, otra muestra normalmente estéril, aspirado de petequias, orina.

Serogrupo:

29E A B C W135 Y X Z Z/29E

Otro, _____ No tipable

Resultado molecular de secuencia de: Región variable del gen fetA: _____

Región variable1 del gen porA: _____

Región variable2 del gen porA: _____

Resultado molecular MLST (multilocus sequence typing): _____

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

Estado vacunal desconocido

Paciente no vacunado

Paciente vacunado

V. polisacárido A+C ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: ___/___/_____ Lote: _____

Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

V. conjugada C ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: ___/___/_____ Lote: _____

Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

V. conjugada tetravalente (MenACWY) ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: ___/___/_____ Lote: _____

Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

V. serogrupo B (4CMenB) ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: ___/___/_____ Lote: _____

Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

Otras vacunas ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: ___/___/_____ Lote: _____

Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:

Vacunación correcta para la edad: Sí No

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: Sí No

No

SOSPECHA DE FALLO VACUNAL: Sí No NS/NC

Tipo de fallo: Probable Confirmado

Si se sospecha fallo vacunal	Fecha dosis	Nombre de la vacuna
Dosis 1	___/___/___	
Dosis 2	___/___/___	
Dosis 3	___/___/___	
Dosis 4	___/___/___	

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Sí No NS/NC Sí No NS/NC

Meningitis Sepsis

Meningitis + sepsis Meningococemia

Artritis Neumonía

Otra clínica ⇒ Especificar: _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS:

¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso?: Sí No NS/NC

¿Ha padecido gripe en los 7-14 días previos?: Sí No NS/NC

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

Esporádico Asociado a brote en un colectivo Asociado a brote comunitario

Tipo de caso según vinculación a otro caso:

Primario

Coprimario, especificar filiación del caso primario: _____

Secundario, especificar filiación del caso primario: _____

DATOS DE LA INTERVENCIÓN:

Colectivo: Sí No NS/NC

Tipo de colectivo: Escolar Laboral Otros, especificar: _____

Nombre del colectivo: _____

Municipio: _____ **Área:** _____ **ZBS:** _____

¿Indicada intervención en colectivo?: Sí No

¿Realizada intervención en colectivo?: Sí No

Tipo de intervención: Quimioprofilaxis, número: _____

Vacunación, número: _____

Fecha de intervención: ___/___/___

Intervención en entorno familiar: Sí No NS/NC

Tipo de intervención familiar: Quimioprofilaxis, número: _____

Vacunación, número: _____

OBSERVACIONES