

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LA 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: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____
 Clasificación del caso: ☐ 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: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
☐ No
 Evolución: ☐ Curación ☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____
 Colectivo de interés: _____
 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: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
 Centro de Trabajo: _____
 Municipio: _____ 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningitis + sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningococemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ 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: _____ Distrito: _____ 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