

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 Criterios de clasificación: Clínico
 Confirmado 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:		
<input type="checkbox"/> Estado vacunal desconocido		
<input type="checkbox"/> Paciente no vacunado		
<input type="checkbox"/> Paciente vacunado		
<input type="checkbox"/> V. polisacárido A+C ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis		
<input type="checkbox"/> V. conjugada C ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis		
<input type="checkbox"/> V. conjugada tetravalente (MenACWY) ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis		
<input type="checkbox"/> V. serogrupo B (4CMenB) ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis		
<input type="checkbox"/> Otras vacunas ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____ Vacunación documentada: <input type="checkbox"/> NO documentada <input type="checkbox"/> Algunas dosis <input type="checkbox"/> Todas las dosis		
VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:		
Vacunación correcta para la edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?		
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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