

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Primario* Secundario*
 *(especificar filiación del caso primario).....

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Ingreso en hospital: Si No
 Fecha de hospitalización:/...../..... Centro Hospitalario:
 Forma de presentación de la enfermedad:
 Sepsis Meningitis Meningitis+Sepsis Meningococemia
 Artritis Neumonía Otras Especificar.....
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar.....
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida

¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si No No consta

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso Probable Confirmado
 Patógeno: *N. meningitidis* A *N. meningitidis* B *N. meningitidis* C *N. meningitidis* Y *N. meningitidis* W135
N. meningitidis sin grupar Otras *N. meningitidis* Especificar.....
 Serotipo/subtipo:
 Técnica diagnóstica: Aislamiento Detección de antígeno Tinción de Gram
 PCR Serología Otras Especificar.....
 Tipo de muestra: LCR Sangre LCR y sangre Petequia
 Líquido articular Líquido pleural Otras Especificar.....

Estado vacunal

Vacunación antimeningocócica: Si No No consta
 Tipo de vacuna:
 V. polisacárido A+C Dosis: Fecha última dosis:/...../..... Lote:
 V. conjugada Nombre comercial: Dosis: Fecha última dosis:/...../..... Lote:
 Otras vacunas Especificar.....
 ¿Correctamente vacunado? Si No No consta

Datos de la intervención

Colectivo: Si No No consta
 Tipo de colectivo: Escolar Laboral Otros Especificar.....
 Nombre del colectivo:
 Municipio: Área: Distrito: Zona Básica:
 ¿Indicada intervención en colectivo? Si No Intervención en colectivo: Si No
 Tipo de intervención: Quimioprofilaxis Nº..... Vacunación Nº.....
 Fecha de intervención:/...../.....
 Intervención entorno familiar: Si No No consta
 Tipo intervención familiar: Quimioprofilaxis Nº..... Vacunación Nº.....

Datos de la notificación

Notificador:
 Centro de Trabajo: Teléfono:
 Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar.....
 Fecha de notificación:/...../..... Semana:.....
 Observaciones: