

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
 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: _____ N.º: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad 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):
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____
 N.º historia clínica: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
☐ No
 Evolución: ☐ Curación
☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____
 Situaciones de interés epidemiológico:
☐ Albergue/Indigencia ☐ Trabaja en centro sanitario ☐ Residencia (mayores, menores...)
☐ Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
☐ Otras, especificar: _____
 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: _____ N.º: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

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	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

*Muestras: LCR, sangre, líquido pleural, fluido articular, líquido pericárdico, otra muestra normalmente estéril.

Serogrupo y/o serotipo: ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC Especificar: _____

ESTUDIO DE SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS

☐ Sí ⇒ Laboratorio que realiza el estudio: ☐ Laboratorio Regional de Salud Pública ☐ Otro: _____

☐ No

☐ No consta

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL

☐ Estado vacunal desconocido

☐ Paciente no vacunado

☐ Paciente vacunado

☐ **V. Conjugada 13V** ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: _____ Lote: _____

Vacunación documentada: ☐ NO documentada ☐ Algunas dosis ☐ Todas las dosis

☐ **V. polisacárida 23V** ⇒ Nombre comercial: _____ Nº dosis _____

Fecha última dosis: _____ Lote: _____

Vacunación documentada: ☐ NO documentada ☐ Algunas dosis ☐ Todas las dosis

☐ **V. Conjugada 20V** ⇒ 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: ☐ Post-primario ☐ Post-booster

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

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:			SÍ	No	NS/NC				SÍ	No	NS/NC
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Pericarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Meningitis y sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Peritonitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Empiema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Neumonía bacteriémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____							

Estancia en UCI: ☐ Sí ☐ No

Secuelas (al alta): ☐ Sí ⇒ Especificar: _____
☐ No

¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? ☐ Sí ☐ No ☐ No consta

ANTECEDENTES DE RIESGO

Infección /Enfermedad concurrente¹ (marcar hasta dos de las siguientes opciones):

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica
<input type="checkbox"/> Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Implante coclear	<input type="checkbox"/> Asplenia funcional o anatómica
<input type="checkbox"/> Filtraciones de LCR	<input type="checkbox"/> Otros. Especificar: _____

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

Si está asociado a otro caso: tipo de caso asociado:

☐ 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: _____ **Zona Básica de Salud:** _____

¿Indicada intervención en colectivo?: ☐ Sí ☐ No

¿Realizada intervención en colectivo?: ☐ Sí ☐ No

Tipo de intervención: ☐ Quimioprofilaxis, número: _____
☐ Vacunación, número: _____

Fecha de intervención: _____

¹ Factores predisponentes personales: El objetivo es recoger información para conocer el cumplimiento de las recomendaciones del uso de la vacuna en grupos de riesgo

Factores personales de riesgo	Incluye las siguientes situaciones, entre las más relevantes
Enfermedad cardiovascular crónica	Cardiomiopatías, insuficiencia cardíaca. Excluye hipertensión
Enfermedad pulmonar crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, fibrosis quística, asma tratada con corticoterapia en altas dosis.
Enfermedad renal crónica	Síndrome nefrótico.
Enfermedad hepática crónica	Cirrosis.
Asplenia funcional o anatómica	Esplenectomía, asplenia congénita a adquirida, anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías.
Inmunosupresión	Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor a radioterapia, transplante de órgano sólido.
Diabetes mellitus	Diabetes que requiera el uso de insulina.
Implante coclear	Implante coclear
Filtraciones de LCR	Malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimiento quirúrgico.