

## 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 concurrente<sup>1</sup>** (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:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 cardiaca. 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.