

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENF. INVASIVA POR H. INFLUENZAE

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: _____ Fecha de diagnóstico clínico: _____

Clasificación del caso: Sospechoso Criterios de clasificación: Clínico
 Probable Laboratorio
 Confirmado Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):

Sí ⇔ Hospital: _____ Servicio: _____
Nº historia clínica: _____

No Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Evolución: Curación

Secuelas, especificar secuelas: _____

Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Situaciones de interés epidemiológico:

Albergue/Indigente Trabajador de centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)

Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____

Otras, especificar: _____

Colectivo de interés: _____ Área: _____

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 ácido nucleico				
Aislamiento				
*Muestras: LCR, sangre, líquido articular, líquido pericárdico, líquido pleural, otra muestra normalmente estéril, aspirado respiratorio (broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial).				
Serotipo:				
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No tipable <input type="checkbox"/> No capsulado				

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

- Estado vacunal desconocido
- Paciente no vacunado
- Paciente vacunado ⇒ 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:

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

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD INVASIVA POR H. INFLUENZAE

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:			Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epiglotitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pericarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra clínica	⇒ Especificar: _____							

ANTECEDENTES DE INTERÉS:

¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso?: Sí No NS/NC

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:

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: _____ Área: _____ 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