

## 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 ☐ Probable ☐ 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: \_\_\_\_\_  
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:**

☐ A
 ☐ B
 ☐ C
 ☐ D
 ☐ E
 ☐ F
 ☐ No tipable
 ☐ 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:** ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

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"/>		<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"/>		<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"/>		<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"/>		<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