

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INF. GONOCÓCICA

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: _____

Clasificación del caso: ☐ Probable ☐ Confirmado Criterios de clasificación: ☐ Clínico ☐ Laboratorio

Caso importado: ☐ Sí ☐ No ☐ Epidemiológico

Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____
Nº historia clínica: _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
☐ No

Evolución: ☐ Curación
☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____

Colectivo de interés: _____ Área: _____

Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
☐ Sí, especificar: _____
☐ No

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 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Visualización | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Aislamiento | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Estudio de sensibilidad antibiótica | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Azitromicina: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Cefixima: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Ceftriaxona: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Ciprofloxacino: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Gentamicina: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |
| Resistencia a Gentamicina: | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Resistencia a Penicilina: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> |
| Resistencia otros antibióticos: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | S/NC <input type="checkbox"/> |
| Especificar: _____ | | | |
| * Muestras de elección: exudado uretral, exudado cervical, exudado vaginal, exudado rectal, exudado nasofaríngeo, exudado conjuntival, líquido peritoneal, líquido articular y orina | | | |

DATOS ESPECÍFICOS DE INFECCIÓN GONOCÓCICA

| MANIFESTACIONES CLÍNICAS: | | | Sí | No | NS/NC | | | | Sí | No | NS/NC |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|-------|
| Uretritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cervicitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Proctitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Faringitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Salpingitis aguda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enf. inflamatoria pélvica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Epididimitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Oftalmia neonatorum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Otra clínica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ⇒ Especificar: _____ | | | | | | | |

TIPO DE SERVICIO CLÍNICO INICIAL (marcar una de las siguientes opciones):

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de atención primaria | <input type="checkbox"/> Consulta de planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro de ITS extrahospitalario | <input type="checkbox"/> Centro de ITS hospitalario |
| <input type="checkbox"/> Consulta de atención al embarazo | <input type="checkbox"/> Consulta dermatología |
| <input type="checkbox"/> Consulta de ginecología | <input type="checkbox"/> Consulta de urología |
| <input type="checkbox"/> Servicio de urgencias | <input type="checkbox"/> Centro penitenciario |
| <input type="checkbox"/> Otro hospitalario sin especificar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

| INFEC./ENF. CONCURRENTES: | | | Sí | No | NS/NC | | | | Sí | No | NS/NC |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|-------|
| Sífilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inf. <i>Chlam. trachomatis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Condiloma acuminado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herpes genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Hepatitis A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Molluscum contagiosum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Pediculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escabiosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| ITS sin especificar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |

Resultados de VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Sin realizar

FACTORES PREDISPONENTES

☐ Transexual

☐ Usuario prostitución

☐ Ejercicio de la prostitución

☐ Uso de preservativo en la última relación sexual

EXPOSICIÓN (marcar una de las siguientes):

☐ Persona a persona: heterosexual ☐ Persona a persona: homo/bisexual

☐ Persona a persona: sexual sin especificar ☐ Persona a persona: madre-hijo/a ☐ Desconocido

Número de parejas sexuales (últimos 12 meses): _____

OBSERVACIONES