

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INF. GONOCÓICA

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 Criterios de clasificación: Clínico
 Confirmado 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 No S/NC

Resistencia otros antibióticos: Sí No S/NC

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 GONOCÓICA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Sí No NS/NC			Sí	No	NS/NC
Uretritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cervicitis	<input type="checkbox"/>
Proctitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faringitis	<input type="checkbox"/>
Salpingitis aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/>
Epididimitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<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. CONCURRENTE: 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"/>
Condiloma acuminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes genital	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Molluscum contagiosum	<input type="checkbox"/>
Pediculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escabiosis	<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):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Persona a persona: heterosexual | <input type="checkbox"/> Persona a persona: homo/bisexual |
| <input type="checkbox"/> Persona a persona: sexual sin especificar | <input type="checkbox"/> Persona a persona: madre-hijo/a |
| | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Número de parejas sexuales (últimos 12 meses): _____

OBSERVACIONES