**Servicio de Vigilancia Epidemiológica**

vigilancia.sanitaria@asturias.org **Fuera de horario laboral, notificar a 112** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23 Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha encuesta** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Encuestador** |  |
| **Lugar de trabajo** |  |
| **Fecha primera notificación** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | **Médico que notifica** |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del caso** |  |
| **CIPA** |  | **NIF** |  | **NHC** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Género** | Varón [ ]  | Mujer[ ]  | Otro [ ]  |
| **Domicilio** |  |  **Localidad** |  |
| **Concejo** |  |  **Teléfono** |  |  **Área Sanitaria** |  |
| **Ocupación** |  | **Centro de estudio/trabajo** |  |
| **País de nacimiento** |  | **Año llegada a España** |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de inicio de síntomas** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Clínica** | [ ]  Meningitis [ ]  Sepsis | [ ]  Otra (describa): |  |
| **Hospitalizado** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha ingreso | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Hospital:  |  |
| **Defunción** | [ ] Sí [ ]  No | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Complicaciones** | [ ] Sí [ ]  No | Especifique: |  |
| **Lugar del caso** |
| **País** |  |  **Comunidad autónoma** |  |
| **Provincia** |  |  **Municipio** |  |
| **Importado** | [ ] Sí [ ]  No |

**DATOS DE LABORATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Agente causal** |  [ ]  Neisseria meningitidis  |
| **Serogrupo** |  [ ]  A [ ]  B [ ]  C [ ]  W [ ]  X [ ]  Y  [ ]  Z [ ]  29E [ ]  No tipable | [ ]  Otro:  |  |
| **Tipo de muestra** |  [ ]  LCR [ ]  Sangre [ ]  Lesión cutánea [ ]  Biopsia cutánea [ ]  Líquido articular [ ]  Otro, especificar: |  |
| **Prueba** |  [ ]  Aislamiento

|  |
| --- |
|  [ ]  Ácido nucleico, detección [ ]  Antígeno, detección  [ ]  Visualización (Tinción de Gram) |

 |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia  | [ ]  No [ ]  Sí, nº referencia: |  |

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado con alguna dosis:** [ ]  Sí [ ]  No

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre vacuna |  | Número de dosis |  | Fecha última dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Nombre vacuna |  | Número de dosis |  | Fecha última dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Nombre vacuna |  | Número de dosis |  | Fecha última dosis | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| Presenta documento de vacunación:  | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sospecha de fallo vacunal:  | [ ]  Sí [ ]  No |
| Si se sospecha fallo vacunal: | Fecha dosis | Nombre de la vacuna |
| Dosis 1 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  |
| Dosis 2 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  |
| Dosis 3 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  |
| Dosis 4 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |
| --- |
| **Contacto previo con algún caso de enfermedad meningocócica** |
| [ ]  No [ ]  Si | [ ]  Conviviente familiar | ☐ Compañero de aula | [ ]  Otro: |  |
|  | Fecha último contacto | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| **Asistencia a guardería u otra institución** |
| [ ]  No [ ]  Si | Fecha último día asistencia | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Nº compañeros en el aula |  | Nº compañeros en el centro |  |
| Nombre |  | Localidad |  | Teléfono |  |
| **Otros factores relacionados con la transmisión (viajes, otros colectivos)** |
|  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** |  [ ]  Probable [ ]  Sospechoso [ ]  Confirmado |
|  |  [ ]  Primario [ ]  Co-primario [ ]  Secundario |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |
| --- | --- |
| Criterio clínico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio epidemiológico |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Criterio laboratorio |  [ ]  Sí [ ]  No |
| **Asociado a brote** |  [ ]  Sí [ ]  No  |
| Identificador del brote |   | C. Autónoma de declaración del brote |  |
|  |
| **MEDIDAS ADOPTADAS** |
| **QUIMIOPROFILAXIS** |  Familia | [ ]  Sí [ ]  No  |  Nº personas |  |
|  |  Colegio/Trabajo | [ ]  Sí [ ]  No  |  Nº personas |  |
| **VACUNACIÓN** |  Familia | [ ]  Sí [ ]  No  |  Nº personas |  |
|  |  Colegio/Trabajo | [ ]  Sí [ ]  No  |  Nº personas |  |
| **OTRAS** |  |
|  |  |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:vigilancia.sanitaria@asturias.org

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**Fuera de horario laboral, notificar a 112**