**Servicio de Vigilancia Epidemiológica**

[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto: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](mailto: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**