

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA Nº Caso**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ **Edad: años:** \_\_\_\_ **meses** (en menores de 2años)**:** \_\_\_\_

 **Sexo:** Hombre [ ]  Mujer [ ]  **Nº ASTU:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Area Sanitaria:** \_\_\_\_

**Ocupación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Centro de Estudio/Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año de llegada a España:** \_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

**Fecha de inicio de síntomas:** \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

**Manifestación clínica** (marcar todas las opciones que correspondan):

[ ]  Meningitis [ ]  Sepsis

[ ]  Neumonía bacteriémica [ ]  Endocarditis

[ ]  Pericarditis [ ]  Empiema

[ ]  Otra

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí [ ]  No [ ]  Fecha\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  Fecha\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

 **País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C. Autónoma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de recepción en el laboratorio fuente:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** [ ] *Streptococcus pneumoniae*

**Serogrupo y/o serotipo [[6]](#footnote-6)**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de Muestra** (marcar hasta dos de las muestras con resultado positivo):

[ ]  LCR [ ]  Sangre [ ]  Líquido pleural

[ ]  Fluido articular [ ]  Líquido pericárdico [ ]  Líquido peritoneal

[ ]  Muestra normalmente estéril, sin especificar

**Prueba** (marcar hasta dos pruebas con resultado positivo):

[ ]  Aislamiento [ ]  Detección ADN (PCR) [ ] Detección antígeno

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí [ ]  No[ ]

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO**

**Infección /Enfermedad concurrente[[7]](#footnote-7)**(marcar hasta dos de las siguientes opciones):

[ ]  Enfermedad cardiovascular crónica [ ]  Enfermedad pulmonar crónica

[ ]  Enfermedad renal crónica [ ]  Enfermedad hepática crónica

[ ]  Inmunosupresión [ ]  Diabetes mellitus

[ ]  Implante coclear [ ] Asplenia funcional o anatómica

[ ]  Filtraciones de LCR

**Ámbito de exposición**:

[ ]  Geriátrico

[ ]  Prisión o centro custodia

[ ]  Instalación militar

[ ]  Otra institución cerrada

**DATOS DE VACUNACIÓN**

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

**Número de dosis:** \_\_\_\_\_\_

**Fecha de última dosis recibida:** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Presenta documento de vacunación** Sí [ ]  No [ ]

**Tipo de vacuna**(marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Conjugada 7V

[ ]  Conjugada 10V

[ ]  Conjugada 13V

[ ]  Polisacárida23V

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio Sí [ ]  No [ ]

**Asociado a brote:** Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 C. Autónoma de declaración del brote[[8]](#footnote-8): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES [[9]](#footnote-9)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

**Fecha de Notificación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico que declara:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro** **de** **trabajo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcarsólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico. [↑](#footnote-ref-6)
7. Factores predisponentes personales: El objetivo es recoger información para conocer el cumplimiento de las recomendaciones del uso de la vacuna en grupos de riesgo

|  |  |
| --- | --- |
| **Factores personales de riesgo**  | **Incluye las siguientes situaciones, entre las más relevantes** |
| Enfermedad cardiovascular crónica | Cardiomiopatias, insuficiencia cardiaca. Excluye hipertensión |
| Enfermedad pulmonar crónica | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, fibrosis quística, asma tratada con corticoterapia en altas dosis. |
| Enfermedad renal crónica | Síndrome nefrótico. |
| Enfermedad hepática crónica | Cirrosis. |
| Asplenia funcional o anatómica | Esplenectomia, asplenia congénita o adquirida, anemia de células falciformes y otrashemoglobinopatias. |
| Inmunosupresión | Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mielomamúltiple, enfermedades que requierentratamientoinmunosupresor o radioterapia, transplante de órgano sólido. |
| Diabetes mellitus  | Diabetes que requierE el uso de insulina.  |
| Implante coclear | Implante coclear |
| Filtraciones de LCR | Malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimientoquirúrgico. |

 [↑](#footnote-ref-7)
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-8)
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-9)