**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre**  **Mujer**  **Desconocido**

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

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación**     **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

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

**Fecha de inicio de síntomas**   /    /

**Manifestación clínica** (marcar hasta dos de las siguientes opciones)**:**

Meningitis

Sepsis

Otra

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No  **Fecha de ingreso hospitalario:**    /    /

**Defunción:** Sí  No  **Fecha de defunción:**    /    /

**Lugar del caso:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**      **Municipio**:

**Importado**[[3]](#footnote-3)**:** Sí No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[4]](#footnote-4):**  *Neisseria meningitidis*

**Serogrupo** (marcar una de las siguientes opciones):

29E  A  B

C  W135  Y

X  Z  Z/29E

Otro  No tipable

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

Sangre  LCR  Lesión cutánea  Biopsia cutánea

Líquido articular  Muestra normalmente estéril, sin especificar

**Prueba** (marcar la principal con resultado positivo):

Aislamiento  Ácido Nucleico, detección

Antígeno, detección Visualización (Tinción de Gram)

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

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**Resultado molecular de secuencia de la región variable del gen fetA:**      

**Resultado molecular de secuencia de la región variable 1 del gen porA:**      **\_**

**Resultado molecular de secuencia de la región variable 2 del gen porA:**      **\_**

**Resultado molecular MLST:**

**DATOS DE VACUNACIÓN**

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

**Número de dosis:**

**Fecha de última dosis recibida:**    /    /

**Fecha de última dosis polisacárida recibida:**    /    /

**Presenta documento de vacunación:** Sí  No

**Sospecha de fallo vacunal[[5]](#footnote-5)**: Sí  No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si se sospecha de fallo vacunal** | Fecha dosis | Nombre[[6]](#footnote-6) |
| Dosis 1 | /    / |  |
| Dosis 2 | /    / |  |
| Dosis 3 | /    / |  |
| Dosis 4 | /    / |  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Sospechoso

Probable

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico Sí  No

Criterio de laboratorio Sí  No

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

Primario

Coprimario

Secundario

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del

**OBSERVACIONES [[7]](#footnote-7)**

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. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-3)
4. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-4)
5. Fallo vacunal: casos de enfermedad meningocócica confirmada por serogrupo C de acuerdo con la siguiente clasificación:

   * Confirmado: paciente que recibió la pauta completa de vacunación para su edad al menos 15 días antes del inicio de síntomas de dicha enfermedad.
   * Probable: paciente que ha recibido la pauta completa de vacunación para su edad, que presenta síntomas antes de que hayan transcurrido 15 días de la administración de la última dosis. También se considera fallo vacunal probable cuando el inicio de síntomas se presenta antes de que la primovacunación (dos dosis en el primer año de vida más una dosis en el segundo año de vida) se haya completado.

   [↑](#footnote-ref-5)
6. Nombre de vacuna: Meningitec, NeisvacC, Menjugate Meninvact Otras [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)