**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA**

**Enviar a** **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 todas las opciones que correspondan):

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Meningitis  | [ ]  Sepsis  |
| [ ]  Neumonía bacteriémica | [ ]  Endocarditis  |
| [ ]  Pericarditis  | [ ]  Empiema  |
| [ ]  Otra |  |

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

**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

[ ]  Polisacárida 23V

**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)**

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: Marcar sólo 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 otras hemoglobinopatias. |
| Inmunosupresión | Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor 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 procedimiento quirúrgico. |

 [↑](#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)