**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN GONOCÓCICA**

**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** (hasta 10 de las siguientes opciones):

Uretritis  Cervicitis

Proctitis  Faringitis

Salpingitis aguda  Enfermedad inflamatoria pélvica

Epididimitis  Artritis

Oftalmia neonatorum  Otra

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

**Defunción:** Sí  No

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

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

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

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico microbiológico:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** *Neisseria gonorrhoeae*

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo):

Exudado uretral  Exudado cervical

Exudado vaginal  Exudado rectal

Exudado nasofaríngeo  Exudado conjuntival

Líquido peritoneal  Líquido articular

Orina

**Prueba** (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

Ácido Nucleico, detección  Aislamiento  Visualización

**SEROLOGIAS**

**Resultados de VIH:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis B:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Hepatitis C:** Positivo NegativoNo realizado

**Resultados de Sífilis:** Positivo NegativoNo realizado

**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**

**Factores predisponentes** (hasta 4 de las siguientes opciones):

Transexual

Usuario de prostitución

Ejercicio de la prostitución

Uso de preservativo en la última relación sexual

**Infección /Enfermedad concurrente** (hasta 11 de las siguientes opciones):

Sífilis  Infección por Chlamydia trachomatis

Condiloma acuminado  Herpes genital

Hepatitis A  Hepatitis B

Hepatitis C  Molluscum contagiosum

Pediculosis  Escabiosis

ITS sin especificar

**Exposición** (marcar una de las siguientes):

Persona a persona: Heterosexual  Persona a persona: Homo/bisexual

Persona a persona: Sexual sin especificar  Persona a persona: Madre-Hijo

**Exposición - Número de parejas sexuales (últimos 12 meses):**

**Vacunado de Hepatitis B**: Sí  No

**Vacunado con posterioridad a la infección:** SÍ No

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

Fecha:    /    /

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

Probable  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[[6]](#footnote-6):

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

1. Fecha del caso: Se considera que es la fecha de diagnóstico. [↑](#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): Se considera que es el lugar de residencia. [↑](#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. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)