**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE**

**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 hasta 3 de las siguientes opciones):

[ ]  Sepsis [ ]  Epiglotitis [ ]  Neumonía

[ ]  Artritis [ ]  Osteomielitis [ ]  Pericarditis

[ ]  Celulitis[ ]  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):** [ ]  *Haemophilus influenzae*

**Serotipo:**

[ ]  A [ ]  B [ ]  C [ ]  D [ ]  E

[ ]  F [ ]  No tipable [ ]  No Capsulado

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

[ ]  LCR [ ]  Sangre

[ ]  Líquido articular [ ]  Líquido pericárdico

[ ]  Líquido pleural [ ]  Muestra normalmente estéril, sin especificar

[ ]  Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial

 **Prueba** (marcar las que tengan resultado positivo):

**[ ]** Aislamiento **[ ]** Ácido Nucleico, detección

**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 DE VACUNACIÓN**

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

**Número de dosis:**

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

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

**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

**OBSERVACIONES [[6]](#footnote-6)**

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. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-6)