



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____
Declarante: _____ Centro de trabajo: _____
Teléfono: _____
Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
SIP: _____ Historia Clínica: _____
Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [] meses [] días [] Sexo: Hombre [] Mujer []
Domicilio: _____ Municipio: _____
Provincia: _____ Teléfonos: _____
Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____
Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____
Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____
Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No []
Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas: ___/___/___ Fecha diagnóstico: ___/___/___
Forma clínica: Sepsis [] Meningitis [] Ambas [] No consta [] Desconocido []
Otras [] (Especificar) _____
Púrpura: Sí [] No [] Desconocido []
Signos Neurológicos: Sí [] No [] Desconocido []
Tratamiento antibiótico previo:
Sí [] No [] Desconocido []

Ingreso en hospital: Sí [] No [] Desconocido [] Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___
Centro _____ Servicio _____

Complicaciones: Sí [] No [] (Citar): _____ Desconocido []

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____
Fallecimiento [] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [] Especificar _____ Desconocida []

DATOS LABORATORIO

LCR	Leucos.mm ³	<input type="text"/>	% PMN	<input type="text"/>	Prot. mgr/dl	<input type="text"/>	Gluc. mgr/dl	<input type="text"/>
SANGRE	Leucos.mm ³	<input type="text"/>	% Cayados	<input type="text"/>	Hemat. n°/mm ³	<input type="text"/>	Gluc. mgr/dl	<input type="text"/>
Proteína C Reactiva mgr/l		<input type="text"/>						

DETERMINACIÓN (+ / - / NR)

	LCR	SANGRE	ORINA
Diplococos Gram-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Meningococo A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Meningococo B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Meningococo C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Meningococo Y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Meningococo W-135	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ag. Otros Meningococos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cultivo Bacteriológico

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Indicar Microorganismo

Identificación de la colonia (Serogrupo):

Otras pruebas:

Presencia de ADN por PCR

Cultivo Petequias: (+) [] (-) [] (NR) []

Pendiente [] Dudoso [] Desconocido []

En caso positivo especificar germen

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

TIPO DE CASO (1): Autóctono [] Importado [] País

Extracomunitario [] C. Autónoma Pendiente [] Desconocido []

CASO: Pertenece a BROTE [] Caso aislado [] Agregación [] Pendiente [] Desconocido []

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE:

TIPO DE CASO (2): Primario [] Coprimario [] Secundario [] Desconocido []

Contacto previo con caso: Sí [] No [] NC []

CLASIFICACIÓN CASO: Probable [] Confirmado [] Error Diagnóstico []

SEROGRUPO: A [] B [] C [] Y [] W-135 [] No grupado []

No procede [] Otros [] Desconocido [] Pendiente []

¿Has recibido alguna vacuna meningocócica? Sí [] No [] Desconocido []

Vacunación: Completa (*) [] Incompleta [] No vacunado [] Desconocido []

POLISACÁRIDA [] CONJUGADA [] AMBAS [] DESCONOCIDO []

Fecha vacuna Polisacárida / / Lote:

1ª Dosis vacuna Conjugada: Fecha / / Lote:

Nombre vacuna: Meningitec [] Menjugate [] Neisvac [] Meninvact [] Otras [] Desconocido []

2ª Dosis vacuna Conjugada: Fecha / / Lote:

Nombre vacuna: Meningitec [] Menjugate [] Neisvac [] Meninvact [] Otras [] Desconocido []

3ª Dosis vacuna Conjugada: Fecha / / Lote:

Nombre vacuna: Meningitec [] Menjugate [] Neisvac [] Meninvact [] Otras [] Desconocido []

Correctamente vacunado (sólo en vacuna conjugada): Sí [] No [] No consta []

Presenta documento de vacunación: Sí [] No [] Información contrastada con el RNV: Sí [] No []

MEDIDAS ADOPTADAS**QUIMIOPROFILAXIS:**

Familia Sí [] N° Vacunas Fecha de recomendación / / No [] Pendientes [] No procede []

Colegio/Trabajo Sí [] N° Vacunas Fecha de recomendación / / No [] Pendientes [] No procede []

VACUNACIÓN:

Familia Sí [] N° Vacunas No [] Pendientes [] No procede []

Colegio/Trabajo Sí [] N° Vacunas No [] Pendientes [] No procede []

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA (envío muestra)

¿Se ha enviado la muestra? Sí [] No [] Desconocido [] Fecha de envío: / /

Tipo de muestra: Cultivo [] LCR [] Sangre [] Suero []

Campos a cumplimentar por los SS.CC:

Resultados: Serogrupo Serotipo/Subtipo PCR

Observaciones: