

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
 DNI/NIE: _____ Pasaporte: _____ CIPA: _____ CIP-SNS: _____
 Sexo al nacimiento: _____
 Sexo administrativo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ Años ☐ Meses (si menos de 2 años)
 País de nacimiento: ☐ España
☐ Otro, especificar: _____ Fecha aprox. llegada a España: _____
 Nacionalidad: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ C. Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ Fecha de diagnóstico: _____
 Clasificación del caso: ☐ Confirmado Criterios de clasificación: ☐ Clínico
☐ Laboratorio
☐ Epidemiológico
 Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ No
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____
 Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____ Motivo de alta: _____
 Estancia en UCI: ☐ No
☐ Sí ⇒ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____
 Nº historia clínica: _____
 Evolución:
 Si secuelas ⇒ Especificar: _____
 Si fallecimiento ⇒ Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: _____
 Colectivo de interés: _____
 Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
☐ Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____
☐ No
 Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
☐ Coincide con el domicilio
☐ Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):
 Tipo de lugar o colectivo: _____
 Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ C. Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____ Fecha de notificación: _____
 Centro/Institución: _____ Servicio: _____
 Municipio: _____ Teléfono: _____ Email: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de ácido nucleico	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Aislamiento	_____	_____	_____	_____

***Muestras:** LCR, sangre, líquido pleural, líquido articular/sinovial, líquido pericárdico, líquido peritoneal/ascítico, otra muestra normalmente estéril.

Serogrupo y/o serotipo: ☐ No ☐ Sí ⇒ Especificar: _____

Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Interpretación de los resultados de sensibilidad (EUCAST)

	S	I	R	CMI (mg/L)
Penicilina	☐	☐	☐	_____
Eritromicina	☐	☐	☐	_____
Cefotaxima o Ceftriaxona	☐	☐	☐	_____
Levofloxacin	☐	☐	☐	_____
Moxifloxacin	☐	☐	☐	_____
Trimetoprim/sulfametoxazol	☐	☐	☐	_____
Vancomicina	☐	☐	☐	_____
Linezolid	☐	☐	☐	_____
Rifampicina	☐	☐	☐	_____

S: Sensible con régimen de dosificación estándar; I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico; R: Resistente
CMI: Concentración mínima inhibitoria

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR): ☐ Sí ☐ No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

Vacunación antineumocócica: ☐ Sí ☐ No ☐ No consta

Tipo de vacuna antineumocócica:

V. Conjugada 7V/13V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

V. Polisacárida 23V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

V. Conjugada 20V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

V. Conjugada 15V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

V. Conjugada 21V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

Manifestaciones clínicas:	Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
Bacteriemia:	☐	☐	☐	Endocarditis	☐	☐
Meningitis:	☐	☐	☐	Pericarditis	☐	☐
Sepsis:	☐	☐	☐	Peritonitis	☐	☐
Empiema:	☐	☐	☐	Artritis	☐	☐
Neumonía bacteriémica:	☐	☐	☐	Otra	☐	☐

Especificar ⇒ _____

Antecedentes patológicos de interés¹ (marcar entre 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	☐ Otros. Especificar ⇒ _____

OBSERVACIONES

¹ 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	Cardiomiopatías, 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	Esplenectomía, asplenia congénita a adquirida, anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías.
Inmunosupresión	Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor a radioterapia, trasplante 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.