

## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

### DATOS DEL ENFERMO

Apellidos: _____		Nombre: _____	
Domicilio: _____		Nº: _____	Piso: _____ Teléfono: _____
Municipio: _____	Código postal: _____	Área: _____	Distrito: _____ Zona Básica: _____
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: _____	Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>
País de nacimiento: España <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____		Año de llegada a España: _____	
Pertenenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar): _____			

### CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Clasificación de caso: Esporádico <input type="checkbox"/>	Agrupación de casos <input type="checkbox"/>	Asociado <input type="checkbox"/>
Tipo de caso asociado: Primario <input type="checkbox"/>	Coprimario* <input type="checkbox"/>	Secundario* <input type="checkbox"/>
*(especificar filiación del caso primario) _____		

### DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas ____/____/____	Ingreso en hospital: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Fecha de hospitalización: ____/____/____	Centro Hospitalario: _____			
Forma de presentación de la enfermedad:				
Sepsis <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	Meningitis+Sepsis <input type="checkbox"/>	Bacteriemia <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>
Neumonía <input type="checkbox"/>	Peritonitis <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Especificar _____	
Evolución: Curación <input type="checkbox"/>	Fecha de alta: ____/____/____			
Secuelas (al alta) <input type="checkbox"/>	Especificar _____			
Fallecimiento <input type="checkbox"/>	Fecha fallecimiento: ____/____/____	Desconocida <input type="checkbox"/>		
¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/>				
Antecedentes patológicos de interés:	Immunodeficiencia <input type="checkbox"/>	Traumatismo craneal <input type="checkbox"/>	Cirugía craneal <input type="checkbox"/>	
	Fistula LCR <input type="checkbox"/>	Patología cardíaca <input type="checkbox"/>	Patología respiratoria <input type="checkbox"/>	
	Patología hepática <input type="checkbox"/>	Patología renal <input type="checkbox"/>	Esplenectomía <input type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar _____		

### DATOS DE LABORATORIO

Tipo de caso: Probable <input type="checkbox"/>	Confirmado <input type="checkbox"/>			
Serogrupo/serotipo: _____				
Técnica diagnóstica: Aislamiento <input type="checkbox"/>	Detección de antígeno <input type="checkbox"/>	PCR <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Especificar _____
Tipo de muestra: LCR <input type="checkbox"/>	Sangre <input type="checkbox"/>	LCR y sangre <input type="checkbox"/>	Líquido pleural <input type="checkbox"/>	
	Líquido articular <input type="checkbox"/>	Líquido peritoneal <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	
	Especificar _____			
Estudio de sensibilidad a antibióticos: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No consta <input type="checkbox"/>		
Resistencia a: Penicilina <input type="checkbox"/>	Eritromicina <input type="checkbox"/>	Levofloxacino <input type="checkbox"/>	Otros antibióticos <input type="checkbox"/>	Especificar _____

### ESTADO VACUNAL

Vacunación antineumocócica: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No consta <input type="checkbox"/>
Tipo de vacuna antineumocócica: V. polisacárido <input type="checkbox"/>		
V. conjugada heptavalente <input type="checkbox"/>		
Otras vacunas antineumocócicas <input type="checkbox"/>		
Especificar _____		
Dosis de vacuna de polisacárido: _____	Fecha última dosis: ____/____/____	Lote: _____
Dosis de vacuna conjugada: _____	Fecha última dosis: ____/____/____	Lote: _____
¿Correctamente vacunado?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/>		

### DATOS DEL COLECTIVO

Colectivo: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No consta <input type="checkbox"/>
Tipo de colectivo: Escolar <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Especificar: _____		
Nombre del colectivo: _____		
Municipio: _____	Área: _____	Distrito: _____ Zona básica: _____
Información al colectivo: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No consta <input type="checkbox"/>

### DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____	Teléfono: _____
Centro de trabajo: _____	Área: _____ Distrito: _____
Municipio: _____	
Fecha de notificación: ____/____/____	Semana: _____

### OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_