

### Datos del enfermo

Apellidos: ..... Nombre: .....  
 Domicilio: ..... N°: ..... Piso: ..... Teléfono: .....  
 Municipio: ..... Código postal: ..... Área: ..... Distrito: ..... Zona Básica: .....  
 Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... Meses  Años   
 País de nacimiento: España  Otros  Especificar: ..... Año de llegada a España: .....  
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar): .....

### Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico  Agrupación de casos  Asociado   
 Tipo de caso asociado: Primario  Coprimario\*  Secundario\*   
 \*(especificar filiación del caso primario) .....

### Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas: ...../...../..... Ingreso en hospital: Si  No   
 Fecha de hospitalización: ...../...../..... Centro Hospitalario: .....  
 Forma de presentación de la enfermedad:  
 Sepsis  Meningitis  Neumonía  Artritis   
 Otras  Especificar: .....  
 Evolución: Curación  Fecha de alta: ..... / ..... / .....  
 Secuelas (al alta)  Especificar: .....  
 Fallecimiento  Fecha fallecimiento: ..... / ..... / .....  
 Desconocida   
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si  No  No consta

### Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso/Probable  Confirmado   
 Patógeno: *H. Influenzae b*  *H. Influenzae*   
 Otros *H. influenzae*  Especificar: .....  
 Técnica diagnóstica: Aislamiento  Detección de antígeno  Tinción de Gram  PCR   
 Otras  Especificar: .....  
 Tipo de muestra: LCR  Sangre  Líquido pleural   
 Líquido articular  Otras  Especificar: .....

### Estado vacunal

Vacunación frente a *H. influenzae b*: Si  No  No consta   
 Dosis: ..... Fecha última dosis: ...../...../..... Lote: .....

### Datos de la intervención

Colectivo: Si  No  No consta   
 Tipo de colectivo: Escolar  Laboral  Otros  Especificar: .....  
 Nombre del colectivo: .....  
 Municipio: ..... Área: ..... Distrito: ..... Zona Básica: .....  
 ¿Indicada intervención en colectivo? Si  No  Intervención en colectivo: Si  No   
 Tipo de intervención: Quimioprofilaxis  N° ..... Vacunación  N° .....  
 Fecha de intervención: ...../...../.....  
 Intervención entorno familiar: Si  No  No consta   
 Tipo intervención familiar: Quimioprofilaxis  N° ..... Vacunación  N° .....

### Datos de la notificación

Notificador: .....  
 Centro de Trabajo: ..... Teléfono: .....  
 Municipio: ..... Área: ..... Distrito: .....  
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial  Laboratorio  C.M.B.D.  Colectivo   
 Particular  Otras CC.AA.  Otras fuentes  Especificar: .....  
 Fecha de notificación: ...../...../..... Semana: .....  
 Observaciones: .....