

### 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: .....  
 Evolución: Curación  Fecha de alta: ..... / ..... / .....  
 Secuelas (al alta)  Especificar .....  
 Fallecimiento  Fecha fallecimiento: ..... / ..... / .....  
 Desconocida   
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si  No  No consta   
 Antecedentes patológicos de interés: Inmunodeficiencia  Traumatismo craneal  Cirugía craneal   
 Fístula LCR  Patología cardíaca  Patología respiratoria  Patología hepática   
 Patología renal  Esplenectomía  Otros  Especificar .....

### Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso  Probable  Confirmado   
 Patógeno: *Streptococcus pneumoniae*  *St. agalactiae*, grupo B  *St. piogenes*, grupo A   
*Streptococcus viridans*  *Staphylococcus aureus*  *Listeria monocytogenes*   
 Bacilos Gram negativos  Otros  Especificar .....  
 Técnica diagnóstica: Aislamiento  Detección de antígeno  Tinción de Gram   
 PCR  Serología  Otras  Especificar .....  
 Tipo de muestra: LCR  Sangre  Otras  Especificar .....

### Estado vacunal

Vacunación antineumocócica: Si  No  No consta   
 Tipo de vacuna antineumocócica: V. polisacárido  V. conjugada heptavalente   
 Otras vacunas antineumocócicas  Especificar .....

### Datos de la intervención

Intervención sobre el colectivo: Si  No   
 Tipo de intervención: .....  
 Intervención sobre el entorno familiar: Si  No   
 Tipo de intervención: .....

### 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: .....  
 .....