



**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Tfno.: \_\_\_\_\_  
Fecha de declaración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido 1: \_\_\_\_\_ Apellido 2: \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Meses  Años  
País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Manifestación clínica (hasta 10 de las siguientes opciones):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uretritis           | <input type="checkbox"/> Cervicitis                      |
| <input type="checkbox"/> Proctitis           | <input type="checkbox"/> Faringitis                      |
| <input type="checkbox"/> Salpingitis aguda   | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica |
| <input type="checkbox"/> Epididimitis        | <input type="checkbox"/> Artritis                        |
| <input type="checkbox"/> Oftalmia neonatorum | <input type="checkbox"/> Otra                            |

Hospitalizado<sup>1</sup>: Sí  No

Defunción: Sí  No

Lugar del caso<sup>2</sup>:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Importado<sup>3</sup>: Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de diagnóstico microbiológico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agente causal<sup>4</sup>:  *Neisseria gonorrhoeae*

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exudado uretral      | <input type="checkbox"/> Exudado cervical    |
| <input type="checkbox"/> Exudado vaginal      | <input type="checkbox"/> Exudado rectal      |
| <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo | <input type="checkbox"/> Exudado conjuntival |
| <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal   | <input type="checkbox"/> Líquido articular   |
| <input type="checkbox"/> Orina                |  |

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- Ácido Nucleico, detección  Aislamiento  Visualización

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_

Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

Resultados de VIH: Positivo  Negativo  No realizado

<sup>1</sup> Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

<sup>2</sup> Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Se considera que es el lugar de residencia.

<sup>3</sup> Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

<sup>4</sup> Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

**DATOS DEL RIESGO**

**Factores predisponentes** (hasta 4 de las siguientes opciones):

- Transexual
- Usuario de prostitución
- Ejercicio de la prostitución
- Uso de preservativo en la última relación sexual

**Infección /Enfermedad concurrente** (hasta 11 de las siguientes opciones):

- Sífilis
- Condiloma acuminado
- Hepatitis A
- Hepatitis C
- Pediculosis
- ITS sin especificar
- Infección por Chlamydia trachomatis
- Herpes genital
- Hepatitis B
- Molluscum contagiosum
- Escabiosis

**Exposición** (marcar una de las siguientes):

- Persona a persona: Heterosexual
- Persona a persona: Sexual sin especificar
- Persona a persona: Homo/bisexual
- Persona a persona: Madre-Hijo

**Exposición - Número de parejas sexuales (últimos 12 meses):** \_\_\_\_\_

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

- Probable
- Confirmado

**Criterios de clasificación de caso:**

- Criterio clínico      Sí  No
- Criterio epidemiológico      Sí  No
- Criterio de laboratorio      Sí  No

**Asociado:**

A brote: Sí  No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

C. Autónoma de declaración del brote<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES<sup>6</sup>**

<sup>5</sup> C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

<sup>6</sup> Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta