

Formulario del grupo 2 de niños con OMA.

¡Muchas gracias por vuestra colaboración!

¡Gracias!

"Colonización por *Streptococcus pneumoniae* en niños españoles sanos menores de 5 años y con otitis media aguda: impacto de la vacunación sistemática neumocócica 13 valente conjunta. Un estudio nacional multicéntrico".

[Attachment: "Protocolo y recogida de datos Neumococo v2.1.pdf"]

Antes de seguir con la encuesta revisa que el participante no presenta ninguno de los criterios de exclusión:

1. Falta de firma del CI por parte de los representantes legales del menor.
2. Pacientes que acuden de forma puntual, en los que no se puede asegurar su seguimiento bien porque sean desplazados o pertenezcan a un cupo diferente del pediatra colaborador.
3. Niños que ya se hayan incluido previamente dentro del mismo grupo (Grupo 2 OMA).
4. Niños que recibieran medicación tópica (gotas o spray) en las fosas nasales en el día previo.
5. Antecedentes de prematuridad
6. Antecedentes de inmunosupresión o reciben tratamiento inmunosupresor
7. Antecedentes de enfermedades crónicas.

[Attachment: "MANUAL DEL COLABORADOR V2.docx"]

CODIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE

Código del participante

(Código de PAPenRed del colaborador, guión, letra M seguida del número de orden de inclusión del participante. Ej GA09-M01; MA12-M48)

DATOS DEL RECLUTAMIENTO

Fecha de reclutamiento

(Día que se rellena)

DATOS DEMOGRÁFICOS/EPIDEMIOLÓGICOS

Fecha de nacimiento

Género

niña niño

Origen del participante

España Otro país

Si el participante no es español seleccione el país de origen

- Afganistan Albania Alemania Andorra Angola Antigua y Barbuda
 Arabia Saudita / Arabia Saudí Argelia Argentina Armenia Australia Austria
 Azerbaiyán Bahamas Bangladés Barbados Baréin Bélgica Belice
 Bielorrusia Benín Birmania / Myanmar Bolivia Bosnia y Herzegovina / Bosnia-Herzegovina
 Botsuana Brasil Brunei Bulgaria Burkina Faso Burundi Bután
 Cabo Verde Camboya Camerún Canadá Catar República Centroafricana
 Chad República Checa / Chequia Chile China Chipre Colombia
 Comoras República del Congo República Democrática del Congo Corea del Norte
 Corea del Sur Costa de Marfil Costa Rica Croacia Cuba Dinamarca
 Dominica República Dominicana Ecuador Egipto El Salvador Emiratos Árabes Unidos
 Eritrea Eslovaquia Eslovenia España Estados Unidos Estonia Etiopía
 Filipinas Finlandia Fiyi Francia Gabón Gambia Georgia Ghana
 Granada Grecia Guatemala Guinea Guinea-Bisáu Guinea Ecuatorial
 Guyana Haití Honduras Hungría India Indonesia Irak Irán
 Irlanda Islandia Israel Italia Jamaica Japón Jordania Kazajistán
 Kenia Kirguistán Kiribati Kuwait Laos Lesoto Letonia Líbano
 Liberia Libia Liechtenstein Lituania Luxemburgo Macedonia del Norte
 Madagascar Malasia Malawi Maldivas Mali / Malí Malta Marruecos
 Islas Marshall Mauricio Mauritania México Micronesia Moldavia
 Mónaco Mongolia Montenegro Mozambique Namibia Nauru Nepal
 Nicaragua Níger Nigeria Noruega Nueva Zelanda / Nueva Zelandia
 Omán Países Bajos Pakistán Palaos Palestina Panamá Papúa Nueva Guinea
 Paraguay Perú Polonia Portugal Reino Unido Ruanda Rumania / Rumanía
 Rusia Islas Salomón Samoa San Cristóbal y Nieves San Marino San Vicente y las
 Granadinas Santa Lucía Santo Tomé y Príncipe Senegal Serbia Seychelles
 Sierra Leona Singapur Siria Somalia Sri Lanka Suazilandia / Esuatini
 Sudáfrica Sudán Sudán del Sur Suecia Suiza Surinam Tailandia
 Tanzania Tayikistán Timor Oriental Togo Tonga Trinidad y Tobago
 Túnez Turkmenistán Turquía Tuvalu Ucrania Uganda Uruguay
 Uzbekistán Vanuatu Ciudad del Vaticano Venezuela Vietnam Yemen
 Yibuti Zambia Zimbabue

¿Cuanto tiempo lleva residiendo en España?

- < 6 meses =/> 6 meses No conocido

¿En que zona reside?

(Urbana ≥ 10.000 habitantes; Rural < 10.000)

- Urbana Rural

¿En qué tipo de vivienda reside?

- Piso Casa/vivienda unifamiliar

¿Cuántos menores de 14 años CONVIVEN habitualmente en el hogar?

(Convivientes sean o no hermanos, excluyendo al participante, al menos 3 días a la semana)

- Ninguno Uno Dos Tres o más

Indique el número de convivientes mayores de 14 años habituales en el hogar

(Al menos 3 días a la semana)

- Uno Dos Tres Cuatro o más

¿Algún conviviente es fumador a diario?

Sí No

¿El participante acude a guardería o centro escolar?
(Asistencia un mínimo de 2 horas al día, tres días a la semana)

Sí No

¿Ha recibido o está recibiendo lactancia materna?
(Lactancia materna exclusiva o mixta)

Sí No

¿Durante cuánto tiempo ha recibido lactancia materna?

< 1 mes 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses
 7 meses 8 meses 9 meses 10 meses 11 meses 12 meses 12-18 meses
 19-24 meses >24 meses

¿Tiene puestas todas las vacunas correspondientes a su edad según el calendario de vacunación oficial?

Sí No Alguna dosis (seleccione cuáles)

	Hexavale nte	Neumocó cica conjugada 13	Meningoc ócica C	Meningoc ócica AWYC	Triple vírica	Varicela	Tetravíric a	dTpa
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha presentado algún episodio de posible infección neumocócica (OMA, sinusitis o neumonía) en el último año?
(Puede seleccionar más de uno)

- Sí, OMA
 Sí, sinusitis
 Sí, neumonía
 Ninguno
 No conocido

¿Cuántos episodios de OMA ha presentado en el último año ?

- Uno
 Dos
 Tres
 Cuatro
 Cinco
 Seis o más
 No conocido

¿Cuántos episodios de sinusitis ha presentado en el último año?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco
- Seis o más
- No conocido

¿Cuántos episodios de posible neumonía neumocócica ha presentado en el último año?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro o más
- No conocido

¿Recibió antibióticos vía sistémica en los últimos 6 meses?
(Oral, intravenoso, intramuscular)

- Sí No No conocido

¿Recuerda cuántos ciclos de antibióticos recibió en los últimos 6 meses?

- Uno
- Dos
- Tres
- Cuatro o más
- No conocido

¿Recuerda que antibióticos recibió en los últimos 6 meses?
(Puede seleccionar más de uno)

- Penicilina
- Amoxicilina
- Amoxicilina-clavulánico
- Cefadroxilo
- Cefuroxima axetilo
- Cefixima
- Azitromicina
- Claritromicina
- Josamicina
- Fosfomicina
- Otros
- No conocido

Especifique que otros antibióticos ha recibido

(Sistémicos o tópicos)

DATOS RELATIVOS AL EPISODIO DE OMA ACTUAL

¿En qué fecha se hizo el diagnóstico de OMA actual?

¿Si ha presentado episodios de OMA previos, qué tiempo ha transcurrido desde el último episodio?

- < 15 días
- 15-30 días
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses
- 8 meses
- 9 meses
- 10 meses
- 11 meses
- 12 meses
- > 12 meses

¿Qué síntomas ha presentado en el episodio de OMA actual?
(Puede seleccionar más de uno)

- Otagia
- Fiebre
- Irritabilidad
- Otros

Si ha contestado otros, especifique cuáles

¿Que signos exploratorios ha presentado en el episodio de OMA actual?
(Puede seleccionar más de uno)

- Abombamiento timpánico
- Hiperemia intensa
- Opacidad
- Nivel hidroaéreo
- Otorrea purulenta
- Disminución de la movilidad timpánica (otoscopia timpánica o timpanometría)
- Otros

Especifique que otros signos ha presentado.

¿Se prescribe tratamiento antibiótico en el episodio de OMA actual?

- Sí, inmediato
- Sí, diferido
- No

¿Qué antibiótico se le ha prescrito en el episodio de OMA actual?
(Puede seleccionar más de uno)

- Amoxicilina
- Amoxicilina clavulánico
- Cefuroxima
- Cefixima
- Azitromicina
- Otros

Si ha marcado otros, especifique el antibiótico

(Incluido tratamiento tópico)

RESULTADOS

Resultado del cultivo

- Aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* .
- Ningún aislamiento.
- Contaminado/no válido.
- Aislamiento de otras bacterias

Comentarios

Indique las observaciones y aclaraciones que considere de interés
