



## IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: ..... Provincia:.....Departamento: .....  
 Fecha de notificación: ..... / ..... /..... Apellido y nombre del notificador.....  
 Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI  IND  DE  Nº .....,..... Apellido y Nombre: .....  
 Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Sexo legal: Femenino / Masculino / No binario / Indeterminado Género: Mujer cis/ Mujer trans/ Varon cis/ Varón trans/ Otro/ Desconocido  
 Lugar de residencia: Provincia.....Departamento: ..... Localidad: .....  
 Domicilio: Calle / Mza:.....Nº.....Piso.....Depto.:.....Cód. Postal:.....

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas(FIS): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Persona Gestante SI  NO

Listeriosis en adultos y niños de más de 1 mes de edad		Listeriosis materno-neonatal (*)	
Inflamación de meninges	<input type="checkbox"/>	Parto prematuro sin otra causa aparente	<input type="checkbox"/>
Sepsis	<input type="checkbox"/>	Aborto séptico y/o muerte fetal	<input type="checkbox"/>
Otras: Especificar:.....	<input type="checkbox"/>	Granulomatosis infantiséptica	<input type="checkbox"/>
		Sepsis neonatal	<input type="checkbox"/>
		Inflamación de meninges	<input type="checkbox"/>
		Amnionitis	<input type="checkbox"/>

COMORBILIDADES Inmunocomprometido  Trasplantado

INTERNACIÓN Internado SI  NO  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Cuidados intensivos: SI  NO

EVOLUCIÓN Fallecido SI  NO  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedente de viaje País: ..... Provincia: ..... Localidad: .....  
 Fecha Inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Fin: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Antecedente de Consumo:

Alimento o jugos adquiridos en locales de comida	Frutas y vegetales crudos mal lavados	Vegetales congelados envasados
Leche no pasteurizada o derivados lácteos artesanales	Carne cruda o insuficientemente cocida (pescado, sushi, salmón ahumado, carne vacuna, pollo)	Fiambres y Embutidos
Helados		

## MUESTRAS

Fecha de Toma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sangre entera  Líquido cefalorraquídeo (LCR)  Líquido amniótico   
 Sangre entera del neonato  Líquido cefalorraquídeo (LCR) del neonato  Placenta   
 Otros  Especificar: .....

## OBSERVACIONES

## DEFINICIÓN DE CASO

- **Caso sospechoso de listeriosis:** adultos y niños > 1 mes de edad. Paciente con cuadro invasivo, septicemia o meningitis.
- **Caso sospechoso de listeriosis materno-neonatal:** persona gestante, feto o neonato < 1 mes. Paciente con cuadro invasivo, septicemia o meningitis, parto prematuro sin otra causa aparente, aborto séptico y/o muerte fetal.
- **Caso confirmado:** cuando se aísla *Listeria monocytogenes* de sitios anatómicos normalmente estériles (ej. Sangre, LCR), o de productos de embarazo o aborto (líquido amniótico, placenta, tejido fetal).

(\*) Corresponde notificar en el SNVS únicamente la sospecha de listeriosis en el progenitor o en el neonato, no ambos. Cuando se obtienen aislamientos de *L. monocytogenes* de la madre y del neonato, se informa como un único caso.

\_\_\_\_\_  
Firma