



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