

FICHA DE MENINGOENCEFALITIS Y SEPSIS

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Tel./fax: _____
 Apellido/Nombre Profesional: _____ Tel: _____
 Correo electrónico: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Departamento _____ Provincia _____ CS de referencia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de los síntomas ____/____/____ Fecha de consulta ____/____/____.
 Cefalea Petequias Rechazo del alimento Vómitos/ Nauseas Fotofobia
 Alteración del sensorio Convulsiones Fiebre Otros Cuales: _____

4. PUNCION LUMBAR

Claro Opalescente Purulento
 Albúmina: _____ mg/dl Glucosa: _____ mg/dl Glucemia: _____ mg/dl
 Leucocitos: _____ /mm³ Neutrófilos: _____ /mm³ Linfocitos: _____ /mm³ Eritrocitos: _____ /mm³
 Presión de apertura: _____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Esquema de vacunas completo para la edad Si No Cuál falta: _____
 Asiste a escuela o institución? Si No Cuál: _____
 Domicilio de escuela o institución: _____
 Enfermedad de base TBC Inmunosupresión Herpes Parotiditis Otros: _____
 Antibióticos previos al diagnóstico: Si No Cuál: _____ Tiempo: _____

6. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Meningitis bacteriana Meningitis micotica y/o parasitaria Meningitis viral Meningitis tuberculosa
 Meningococcemia c/meningitis Meningococcemia s/meningitis Sepsis

7. EXAMENES DE LABORATORIO

| Muestra | PCR | D | C | TR | Germen aislado |
|---------|-----|---|---|----|----------------|
| L.C.R | | | | | |
| Sangre | | | | | |

8. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION - Profilaxis ATB

Contactos familiares _____
Contactos laborales _____
Contactos escolares _____

9. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Fecha hospitalización: ____/____/____
 Evolución: curado c/secuelas curado s/secuelas fallecido Fecha del óbito ____/____/____