



NOTIFICACIÓN DE CASO DE MENINGOENCEFALITIS

Datos de filiación del enfermo

Nombre y apellido: HC:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Sexo:..... DNI:

Ocupación:..... Domicilio:

Localidad: Departamento: Tel.:

Concurre a algún establecimiento: Laboral Educativo Otro

Nombre del establecimiento:

Domicilio: Tel.:

Localidad: Departamento:

Datos clínicos

Fecha de inicio de los síntomas:/...../..... Fecha de consulta:/...../.....

Fecha de internación:/...../.....

Síntomas

Cefalea

DOTE

Rigidez de nuca

Fiebre

Foco

Depresión del sensorio

Vómitos

Coma

Excitación psicomotriz

Fotofobia

Petequias

Alteración de la conciencia

Convulsiones

Diarrea

Otros:

¿Se le suministraron antibióticos previo a la internación? SI NO Se desconoce

Nombre y duración:

Físico-químico LCR: Claro Opalescente Purulento

Presión: Albúmina: Glucosa: Glucemia:

Leucocitos: Neutrófilos: Linfocitos: Eritrocitos:

Diagnóstico presuntivo

Sepsis

Meningitis

Encefalitis

Antecedentes

Tuberculosis

Varicela

Parotiditis

Herpes

Otros:

Antecedentes de vacunación

| Nombre de la vacuna* | Nº de dosis | Fecha de la última dosis |
|----------------------|-------------|--------------------------|
| | |/...../..... |
| | |/...../..... |
| | |/...../..... |

* Sólo vacunas antihaemophilus, antimeningococcica o antineumococcica, o cuando estén relacionadas con la patología, como las vacunas antisarampionosa, antiparotiditis u otras.



Diagnóstico microbiológico en la institución Fecha toma muestra...../...../.....

Laboratorio al que fueron remitidas las muestras:

| Material | Muestra enviada ⁽¹⁾ | Estudio realizado ⁽²⁾ | | | Germen aislado ⁽³⁾ | | | |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---|----|-------------------------------|----|----|----|
| | | D | C | TR | Nm | Hi | Sn | Ot |
| Líquido cefalorraquídeo | | | | | | | | |
| Sangre | | | | | | | | |
| Petequia | | | | | | | | |
| Orina | | | | | | | | |
| Líquido pleural | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | |

(1) Marcar con una x.

(2) D : Directo; C : Cultivo; TR : Técnica rápida.

(3) Nm : Neisseria meningitidis; Hi : Haemophilus influenzae; Sn : Streptococcus pneumoniae; Ot : Otro (aclarar).

Técnica rápida: COA CIE Látex

Antibiograma: CIM:

Tratamiento antibiótico administrado

Evolución

Tipo de evolución: Se desconoce Curado Fallecido

Con secuelas (especificar):

Estudio de foco

¿Tuvo contacto con casos similares 10 días antes del comienzo de la enfermedad? SI NO

Contactos: No Si En el trabajo En la escuela En el domicilio Otros

Quimioprofilaxis: SI NO ¿Cuántos?

Identificación del establecimiento

Establecimiento:

Sala: Cama: Historia Clínica Nº:

Dirección: Teléfono:

Localidad: Departamento: Provincia:

Investigación del agente causal . Se solicita : Fecha de envío...../...../.....

Bacterias:

Virus: Enterovirus Herpes Virus Citomegalovirus Flavivirus Otros.....

Otros Gérmenes.....

Identificación del Notificador

Apellido y nombre: Celular.....

Mail.....

Fecha de notificación:/...../.....

.....

Firma