

Caso sospechoso de **MENINGITIS AGUDA BACTERIANA**
MENINGITIS/ENCEFALITIS VIRAL
ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA: MENINGOCOCCEMIA OTRA FORMA INVASIVA
(_____)

SE: _____ Fecha de notificación: ___/___/___
Inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha consulta: ___/___/___ Internación: SI NO Fecha ingreso: ___/___/___

Institución: _____ Sector: _____ Tel: _____ int.: _____

Datos del caso

CI: _____ Nombres y apellidos (en imprenta): _____
Sexo: F M Fecha nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ años meses días
Dirección: _____ Barrio: _____
Departamento: _____ Localidad: _____ Tel/cel: _____

Datos del notificador

Nombre y apellido: _____ Notifica como: _____ Cel: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos:

Fiebre (Fecha de inicio: ___/___/___)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sind. purpúrico-petequial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Convulsión	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Localizado: <input type="checkbox"/> Generalizado <input type="checkbox"/>	
Signos de irritación meníngea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipoperfusión periférica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alteración de la conciencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros: Paciente grave	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Paraclínica:

PUNCIÓN LUMBAR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra ___/___/___	EXÁMEN DIRECTO , realizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resultado: Cocos Gram pos. <input type="checkbox"/> Cocos Gram neg. <input type="checkbox"/> Sin bacterias <input type="checkbox"/>		
	LATEX , realizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resultado: _____		
	CITOQUÍMICO Aspecto: turbio <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> Glucosa: _____ g/l Proteínas: _____ g/l		N° de glóbulos blancos: _____/mm ³ Predominio: PMN <input type="checkbox"/> LNF <input type="checkbox"/>
	CULTIVO , realizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resultado: Neumococo <input type="checkbox"/> H. Influenzae <input type="checkbox"/> Meningococo <input type="checkbox"/> Serogrupo _____ Serotipo _____ Otro germen: _____ Sin desarrollo <input type="checkbox"/>		PCR PARA VIRUS , realizado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resultado: EV <input type="checkbox"/> VESL <input type="checkbox"/> VEEE <input type="checkbox"/> VEEO <input type="checkbox"/> VEV <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> VU <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

HEMOCULTIVO SI NO Fecha ___/___/___ En caso de encefalitis, resultado de IMAGENOLOGÍA:
Resultado: _____ TAC Normal SI NO RMN Normal SI NO

QUIMIO PROFILAXIS SI NO NO CORRESPONDE En caso de responder SI, especifique:
- convivientes
- guardería/centro educativo ámbito laboral otros

Evolución del caso

Requirió internación en CTI SI NO Egreso: alta fallecimiento Fecha: ___/___/___

Diagnóstico final: _____ **C.P.:** _____
Clasificación (cuando corresponda):
confirmado descartado incompletamente estudiado **N° Reg:** _____