

## Ficha de investigación clínico - epidemiológica y laboratorial de casos de Meningitis


**I. ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE**

1. Hospital: \_\_\_\_\_  
 2. Código RENIPRESS: \_\_\_\_\_ 3. GERESA/DIRESA/DIRIS: \_\_\_\_\_ 4. Fecha de llenado de datos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**II. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

5. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ 6. DNI: \_\_\_\_\_  
 7. Historia clínica N°: \_\_\_\_\_ 8. Servicio: \_\_\_\_\_ 9. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 10. Edad: \_\_\_\_ Años ( ) Meses ( ) Días ( ) 11. Sexo: F ( ) M ( ) 12. Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 13. Dirección:  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de la vía: \_\_\_\_\_  
 Nombre del agrupamiento urbano/rural: \_\_\_\_\_  
 Manzana: \_\_\_\_\_ Block: \_\_\_\_\_ Interior: \_\_\_\_\_ Kilómetro: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
 Referencia: \_\_\_\_\_  
 14. Nombres y Apellidos del padre o madre: \_\_\_\_\_ 15. Celular: \_\_\_\_\_

**III. DATOS CLINICOS**

16. Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 17. Fecha de admisión: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 18. Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

19. Uso de antibióticos (ATB) en las últimas 72 horas: Si  No  Desconocido  Especificar ATB: \_\_\_\_\_

20. Signos/síntomas:  
 Fiebre  Dolor de cabeza intenso   
 Náuseas  Rigidez en el cuello   
 Vómitos  Erupción petequial/purpúrica   
 Conciencia alterada  Abombamiento de la fontanela   
 Convulsiones  Posturación /letargia   
 Fotosensibilidad   
 Incapaz de beber/amanantar o mamada débil   
 Otros   
 Especificar otros: \_\_\_\_\_

**IV. ANTECEDENTES DE VACUNACION**

21. ¿Presentó carné de vacunación? 22. ¿Información verbal? 23. Vacuna contra: Neumococo (PVC)  
 Si  No  Si  No  Hib ( pentavalente ) Si ( ) Desconocido ( )  
 No ( ) No ( ) Desconocido ( ) PCV10  PCV13  Otra   
 Desconocido ( ) N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**V. LABORATORIO**

24. Obtención de muestra LCR  Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

25. Resultados  
**Citoquímico LCR**  
 Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Gram LCR  
 Apariencia: \_\_\_\_\_ PMN: \_\_\_\_\_  
 Glucosa (g/dL): \_\_\_\_\_ Mononucleares: \_\_\_\_\_  
 Leucocitos(n/mL): \_\_\_\_\_  
 Proteínas (g/dL): \_\_\_\_\_  
 Hematies: \_\_\_\_\_  
**Prueba rápida LCR**  
 Binat ( ) Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Positiva Spn  Negativa  No realizada   
 Látex ( ) Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Positiva Spn  Positiva Hib  Positiva Nm  No realizada   
**Cultivo LCR**  
 Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Spn ( ) Hi ( ) Nm ( ) Negativo ( ) Otra bacteria: \_\_\_\_\_  
 Serotipo/serogrupo \_\_\_\_\_  
**PCR de LCR**  
 Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Spn ( ) Hi ( ) Nm ( ) Negativo ( ) Otra bacteria: \_\_\_\_\_  
 Serotipo/serogrupo \_\_\_\_\_ Otro agente etiológico: \_\_\_\_\_

**26. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):**

Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	Halo en mm	Interpretación
Ampicilina 10µg	<input type="checkbox"/>	S I R	Rifampicina 5 µg	<input type="checkbox"/>
Cloranfenicol 30µg	<input type="checkbox"/>	S I R	Eritromicina 15 µg	<input type="checkbox"/>
Oxacilina 1µg	<input type="checkbox"/>	SDP R	Vancomicina 39 µg	<input type="checkbox"/>
Cotrimoxazol 25µg	<input type="checkbox"/>	S I R	Ceftriaxona 30 µg	<input type="checkbox"/>

27. Fecha envío cepa al INS (aislamiento): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

28. Fecha de confirmación por INS: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hib  Spn  Otra bacteria: \_\_\_\_\_ Negativo

**VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE**

29. Condición de egreso: Vivo sin secuelas ( ) Vivo con secuelas ( ) Fallecido ( ) Referido ( ) Alta voluntaria ( )

30. Diagnóstico de egreso:  
 Meningitis Bacteriana  Sepsis  Desconocido   
 Meningitis viral  Otra Meningitis  Otro   
 Especificar otro: \_\_\_\_\_

31. Fecha de alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

32. Clasificación final del caso:  
 Confirmado Hi  Confirmado Nm  Probable  Inadecuadamente investigado  
 Confirmado Spn  Sepsis  Descartado  Confirmado otro agente etiológico

**VII. OBSERVACIONES**
**VIII. INVESTIGADOR DEL CASO**

33. Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: