

		<b>Ficha de investigación clínico - epidemiológica y laboratorial de casos de Meningitis</b>		
<b>I. ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE</b>				
1. Hospital: _____				
2. Código RENIPRESS: _____		3. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		4. Fecha de llenado de datos: ____/____/____
<b>II. IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>				
5. Nombres y Apellidos: _____		8. Servicio: _____		6. DNI: _____
7. Historia clínica N°: _____		11. Sexo: F ( ) M ( )		9. Fecha de nacimiento: ____/____/____
10. Edad: ____ Años ( ) Meses ( ) Días ( )				12. Nacionalidad: _____
13. Dirección: _____				
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____
Tipo de vía: _____		Nombre de la vía: _____		
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____				
Manzana: _____	Block: _____	Interior: _____	Kilometro: _____	Lote: _____
Referencia: _____				
14. Nombres y Apellidos del padre o madre: _____				15. Celular: _____
<b>III. DATOS CLINICOS</b>				
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Especificar ATB: _____				
20. Signos/síntomas:				
Fiebre <input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza intenso <input type="checkbox"/>	Fotosensibilidad <input type="checkbox"/>		
Náuseas <input type="checkbox"/>	Rigidez en el cuello <input type="checkbox"/>	Incapaz de beber/amantar o mamada débil <input type="checkbox"/>		
Vómitos <input type="checkbox"/>	Erupción petequial/purpúrica <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
Conciencia alterada <input type="checkbox"/>	Abombamiento de la fontanela <input type="checkbox"/>	Especificar otros: _____		
Convulsiones <input type="checkbox"/>	Posición / letargia <input type="checkbox"/>			
<b>IV. ANTECEDENTES DE VACUNACION</b>				
21. ¿Presentó carné de vacunación? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		22. ¿Información verbal? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		23. Vacuna contra:
				<b>Neumococo (PVC)</b>
				SI ( ) Desconocido ( )
				No ( )
				<b>Hib (pentavalente)</b>
				SI ( )
				No ( )
				Desconocido ( )
				N° de dosis: _____
				Fecha de última dosis: ____/____/____
				<b>PCV10</b> <input type="checkbox"/> <b>PCV13</b> <input type="checkbox"/> <b>Otra</b> <input type="checkbox"/>
				N° de dosis: _____
				Fecha de última dosis: ____/____/____
<b>V. LABORATORIO</b>				
24. Obtención de muestra				
LCR <input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____	Hora: ____/____		
25. Resultados				
<b>Citoquímico LCR</b>		<b>Gram LCR</b>		
Fecha: ____/____/____		Fecha: ____/____/____		
Apariencia: _____		PMN: _____		
Glucosa (g/dL): _____		Mononucleares: _____		
Leucocitos (n/mL): _____				
Proteínas (g/dL): _____				
Hemáties: _____				
<b>Prueba rápida LCR</b>				
Binax ( ) Fecha: ____/____/____	Positiva Spn <input type="checkbox"/>	Negativa <input type="checkbox"/>	No realizada <input type="checkbox"/>	
Látex ( ) Fecha: ____/____/____	Positiva Spn <input type="checkbox"/>	Positiva Hib <input type="checkbox"/>	Positiva Nm <input type="checkbox"/>	No realizada <input type="checkbox"/>
<b>Cultivo LCR</b>	Spn ( )	Hi ( )	Nm ( )	Negativo ( )
Fecha: ____/____/____	Serotipo/serogrupo: _____	Otra bacteria: _____		
<b>PCR de LCR</b>	Spn ( )	Hi ( )	Nm ( )	Negativo ( )
Fecha: ____/____/____	Serotipo/serogrupo: _____	Otra bacteria: _____		
Otro agente etiológico: _____				
<b>26. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):</b>				
<b>Antibiótico</b>	<b>Halo en mm</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Halo en mm</b>	<b>Interpretación</b>
Ampicilina 10µg	<input type="text"/>	S I R	Rifampicina 5 µg	<input type="text"/>
Cloranfenicol 30µg	<input type="text"/>	S I R	Eritromicina 15 µg	<input type="text"/>
Oxacilina 1µg	<input type="text"/>	SDP R	Vancomicina 39 µg	<input type="text"/>
Cotrimoxazol 25µg	<input type="text"/>	S I R	Ceftriaxona 30 µg	<input type="text"/>
27. Fecha envío cepa al INS (aislamiento): ____/____/____		28. Fecha de confirmación por INS: ____/____/____		
		Hib <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>		
		Hi (nob) <input type="checkbox"/> Otra bacteria: _____		
<b>VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE</b>				
29. Condición de egreso: Vivo sin secuelas ( ) Vivo con secuelas ( ) Fallecido ( ) Referido ( ) Alta voluntaria ( )				
30. Diagnóstico de egreso:				
Meningitis Bacteriana <input type="checkbox"/>	Sepsis <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>		
Meningitis viral <input type="checkbox"/>	Otra Meningitis <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especificar otro: _____	
31. Fecha de alta: ____/____/____				
32. Clasificación final del caso:				
Confirmado Hi <input type="checkbox"/>	Confirmado Nm <input type="checkbox"/>	Probable <input type="checkbox"/>	Inadecuadamente investigado	
Confirmado Spn <input type="checkbox"/>	Sepsis <input type="checkbox"/>	Descartado <input type="checkbox"/>	Confirmado otro agente etiológico	
<b>VII. OBSERVACIONES</b>				
<b>VIII. INVESTIGADOR DEL CASO</b>				
33. Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: _____				