

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE MENINGITIS BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

HOSPITAL:.....

Historia Clínica:

Caso sospechoso de meningitis: Cualquier paciente menor de 5 años hospitalizado con diagnostico clínico de meningitis	Fecha de captación de caso:/...../.....
I. DATOS DEL PACIENTE: (llenado por el Médico tratante)	
1. Apellido Paterno:_____ Ap. Materno:_____ Nombres:_____ DNI:_____	
2. Fecha de nacimiento: Día:___ Mes:___ Año:___ 3. Sexo: 3.1 <input type="checkbox"/> Masculino 3.2 <input type="checkbox"/> Femenino	
4. Procedencia: 4.1 Departamento_____ 4.2 Provincia_____ 4.3 Distrito:_____	
5. Dirección Actual:_____ 6. Telefono:_____	
7. Captación: 7.1 <input type="checkbox"/> Emergencia 7.2 <input type="checkbox"/> Hospitalización 8. Fecha inicio síntomas: ___/___/___	
9. Diagnostico de ingreso: CIE 10	
Dx 1: _____	
Dx 2: _____	
10. Antecedente de vacunación 1^{ra} 2 3 Tiene carnet <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI Dosis _____ F. ultima dosis:/Refuerzo	
10.2 Anti Meningococica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI Dosis _____ F. ultima dosis:/...../.....	
10.3 Anti Neumocócica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI Dosis _____ F. ultima dosis:/...../.....	
11. Uso de antibióticos dentro la última semana: 11.1 <input type="checkbox"/> Si Cual?: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Ambas	
11.2 <input type="checkbox"/> No 11.3 <input type="checkbox"/> No sabe	
12. Si es "SI" cuál fue el antibiótico?	
.....nº de días de tx. días Fecha Última dosis:...../...../.....	
.....nº de días de tx. días Fecha Última dosis:...../...../.....	
13. Obtención de Muestra:	
13.1 <input type="checkbox"/> Sangre Fecha de toma:...../...../..... Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
13.2 <input type="checkbox"/> LCR Fecha de toma:...../...../..... Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

II. EVOLUCION DEL PACIENTE (Revisado por Epidemiología)

17. Condición de egreso del paciente	
17.1 <input type="checkbox"/> Alta médica 17.2 <input type="checkbox"/> Alta voluntaria 3 Referido 17.4 <input type="checkbox"/> falleció Fecha:...../...../.....	
18. Diagnostico de egreso CIE 10	
Dx 1: _____	
Dx 2: _____	
Responsable: _____	

III. DATOS DE LABORATORIO (llenado por Laboratorio)

19. Recepción de Muestra: (LCR)		20. Prueba de látex			
19.1 <input type="checkbox"/> Sangre Fecha de recepción:...../...../..... Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			
19.2 <input type="checkbox"/> LCR Fecha de recepción:...../...../..... Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Especificar:			
21. Resultados de aspecto físico, citoquímico y Gram (LCR)					
21.1 Aspecto Físico		21.2 Citoquímico			
a. Cristal de roca		a. Glucosa:..... d. Leucocitos:.....			
b. Turbio		b. Proteínas:..... e. PMN:.....			
		c. Hematíes:..... f. Mononucleares:.....			
21.3 Gram: Morfología		<input type="checkbox"/> Gram + -----			
		<input type="checkbox"/> Gram - -----			
22. Resultados					
22.1 LCR: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi(noHib) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Mn <input type="checkbox"/> Otra bacteria:..... Fecha de aislamiento:...../...../..... <input type="checkbox"/> Negativo					
22.2 Hemocultivo: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi(noHib) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Mn <input type="checkbox"/> Otra bacteria:..... Fecha de aislamiento:...../...../..... <input type="checkbox"/> Negativo					
23. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):					
Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación
23.1 Ampicilina 10 ug		S I R	23.5 Eritromicina 15ug		S I R
23.2 Cloranfenicol 30 ug		S I R	23.6 Vancomicina 30ug		S I R
23.3 Oxacilina 1 ug		SDP R	23.7 Ceftriaxona 30ug		S I R
23.4 Cotrimoxazol 25 ug		S I R	23.8		S I R
23.5 Rifampicina 5ug		S I R			
24. Fecha envío cepa al INS (aislamiento):			25. Fecha confirmación por INS:...../...../.....		
...../...../.....			<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otro:.....		
			<input type="checkbox"/> Hi(noHib) <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Mn		
Responsable del Laboratorio			Firma		
Observaciones:.....					

Meningitis Bacteriana