

# FICHA EPIDEMIOLOGICA DE NEUMONIA BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

HOSPITAL:.....

Historia Clínica: .....

Caso sospechoso de neumonía con criterio de hospitalización: Todo paciente menor de 5 años de edad hospitalizado con diagnóstico médico de neumonía adquirida en la comunidad que cumpla con los criterios de neumonía grave ó enfermedad muy grave.	Fecha de captación de caso: ...../...../.....																												
<b>I. DATOS DEL PACIENTE: (llenado por el Médico tratante)</b>																													
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: <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Dx 1: _____</td> <td style="width:40%; text-align: center;">CIE 10</td> </tr> <tr> <td>Dx 2: _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Dx 1: _____	CIE 10	Dx 2: _____	_____																								
Dx 1: _____	CIE 10																												
Dx 2: _____	_____																												
10. Antecedente de vacunación <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">1<sup>ra</sup></td> <td style="width:10%; text-align: center;">2<sup>da</sup></td> <td style="width:10%; text-align: center;">3<sup>ra</sup></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI</td> <td>Dosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Tiene carnet <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</td> <td>F. ultima dosis: ...../...../.....</td> </tr> <tr> <td>10.2 Anti Meningococica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI</td> <td>Dosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>F. última dosis: ...../...../.....</td> </tr> <tr> <td>10.3 Anti Neumocócica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI</td> <td>Dosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>F. última dosis: ...../...../.....</td> </tr> </table>			1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>				10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis				Tiene carnet <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	F. ultima dosis: ...../...../.....	10.2 Anti Meningococica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis					F. última dosis: ...../...../.....	10.3 Anti Neumocócica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis					F. última dosis: ...../...../.....
	1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>																										
10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis				Tiene carnet <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	F. ultima dosis: ...../...../.....																							
10.2 Anti Meningococica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis					F. última dosis: ...../...../.....																							
10.3 Anti Neumocócica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> SI	Dosis					F. última 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: <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">13.1 <input type="checkbox"/> Sangre</td> <td style="width:20%;">Fecha de toma:...../...../.....</td> <td style="width:10%;">Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>13.2 <input type="checkbox"/> Líquido Pleural*</td> <td>Fecha de toma:...../...../.....</td> <td>Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (*si estuvo indicado)</td> </tr> </table>		13.1 <input type="checkbox"/> Sangre	Fecha de toma:...../...../.....	Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	13.2 <input type="checkbox"/> Líquido Pleural*	Fecha de toma:...../...../.....	Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (*si estuvo indicado)																						
13.1 <input type="checkbox"/> Sangre	Fecha de toma:...../...../.....	Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																											
13.2 <input type="checkbox"/> Líquido Pleural*	Fecha de toma:...../...../.....	Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (*si estuvo indicado)																											

**II. RESULTADOS DE RADIOLOGÍA: Marque con una "x" si se detectó:**

14. Normal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14.1 <input type="checkbox"/> Consolidado Lobar	14.2 <input type="checkbox"/> Derrame pleural	14.3 <input type="checkbox"/> Broncograma aéreo
15. Otros describir: _____			16. <input type="checkbox"/> No se tomo Rx tórax

**III. EVOLUCION DEL PACIENTE (Revisado por Epidemiología)**

17. Condición de egreso del paciente	Fecha:...../...../.....
17.1 <input type="checkbox"/> Alta médica 17.2 <input type="checkbox"/> Alta voluntaria 17.3 Referido 17.4 <input type="checkbox"/> murió	CIE 10
18. Diagnostico de egreso	
Dx 1: _____	
Dx 2: _____	
Responsable: _____	

**IV. DATOS DE LABORATORIO (llenado por Laboratorio)**

19. Resultados	Describir Morfología				
19.1 Gram de hemocultivo: <input type="checkbox"/> Gram + <input type="checkbox"/> Gram -	-----				
19.2 Gram de liquido Pleural: <input type="checkbox"/> Gram + <input type="checkbox"/> Gram -	-----				
19.3 Hemocultivo: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi(noHib) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otra bacteria:.....	Fecha de aislamiento:...../...../..... <input type="checkbox"/> Negativo				
19.4 Liq. Pleural: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi(noHib) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otra bacteria:.....	Fecha de aislamiento:...../...../..... <input type="checkbox"/> Negativo				
<b>20. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):</b>					
Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación
20.1 Ampicilina 10 ug		S I R	20.5 Rifampicina 5ug		S I R
20.2 Cloranfenicol 30 ug		S I R	20.6 Eritromicina 15ug		S I R
20.3 Oxacilina 1 ug		SDP R	20.7 Vancomicina 30ug		S I R
20.4 Cotrimoxazol 25 ug		S I R	20.8 Ceftriaxona 30ug		S I R
21. Fecha envió cepa al INS (aislamiento): ...../...../.....		22. Fecha confirmación por INS: ...../...../..... <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otro:..... <input type="checkbox"/> Hi(no Hib) <input type="checkbox"/> Neg .....			

Responsable del Laboratorio

Firma

Observaciones:.....  
 .....  
 .....

**Neumonía Bacteriana**