

FICHA DE MENINGOENCEFALITIS Y SEPSIS

1)- Datos del declarante

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento notificante: _____ Tel/Fax: _____
 Apellido y nombre del profesional: _____ Tel/Cel: _____
 Correo electrónico: _____

2)- Identificación del paciente

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/_____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel propio o de un vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
 Departamento: _____ Provincia: _____ CS de referencia: _____

3)- Datos Clínicos

Fecha de inicio de los síntomas: ___/___/_____ Fecha de Consulta ___/___/_____
 Cefalea Petequias Rechazo alimento Vómitos Nauseas
 Fotofobia Alteración del sensorio Convulsiones Fiebre Otros
 Cuales _____

4)- Punción lumbar

Claro Opalescente Purulento Albúmina: _____ mg/dl
 Glucosa: _____ mg/dl Glucemia: _____ mg/dl Leucocitos: _____ /mm³
 Neutrófilos: _____ /mm³ Linfocitos: _____ /mm³ Eritrocitos: _____ /mm³
 Presión de Apertura _____

5)- Datos epidemiológicos

Esquema de vacunas completo para la edad: Si No Cual falta: _____
 Asiste a escuela o institución?: Si No Cual: _____
 Domicilio de escuela o institución: _____
 Enfermedad de base: TBC Inmunosupresión Herpes Parotiditis: Otros: _____
 Antibióticos previos al diagnóstico: Si No Cual: _____ Tiempo: _____

6)- Diagnóstico presuntivo

Meningitis Bacteriana Meningitis micótica y/o parasitaria Meningitis viral Meningitis tuberculosa
 Meningococcemia c/meningitis Meningococcemia s/meningitis Sepsis

7)- Examen de laboratorio

Muestra	PCR	D	C	TR	Germen Aislado
L.C.R.					
Sangre					

8)- Acciones de control y prevención

Contactos familiares	
Contactos laborales	
Contactos escolares	

9)- Evolución y clasificación del caso

Fecha de hospitalización: ___/___/_____
 Evolución:
 Curado con secuelas Curado sin secuelas Fallecido Fecha del óbito: ___/___/_____

Fecha de notificación: ___/___/_____

 Firma y sello del médico