

VIGILANCIA CENTINELA DE MENINGITIS Y NEUMONIAS EN EL MENOR DE 5 AÑOS

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE **NEUMONIA BACTERIANA**

Caso N°: _____

DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de Ingreso al hospital: ____/____/____

Fecha de Captación : ____/____/____

Hospital que notifica: _____ N° Historia Clínica: _____

Nombre de la persona que completa la ficha: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: Años Meses Días Sexo: F M

Dirección: _____

Barrio o Cñia.: _____ Distrito: _____ Región N°:

Nombre de la madre o encargado: _____ Teléf.: _____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Carnet de vacunación: Si No (Adjuntar copia de carnet de vacunación)

Anti Hib: SI cual _____ N° de dosis: _____ Fecha última dosis: ____/____/____ NO No sabe

Anti neumocócica: SI cual _____ N° de dosis: _____ Fecha última dosis: ____/____/____ NO No sabe

Anti Grial: SI cual _____ N° de dosis: _____ Fecha última dosis: ____/____/____ NO No sabe

Anti Rotavirus: SI cual _____ N° de dosis: _____ Fecha última dosis: ____/____/____ NO No sabe

DATOS CLÍNICOS

Captación: Urgencias Sala Diagnóstico de ingreso: _____ Fecha Inicio de Síntomas: ____/____/____

Uso de antibióticos dentro de la última semana : SI NO No Sabe

Si es "SI", cuál antibiótico? _____ Oral Parenteral Ambas

Fecha de primera dosis: ____/____/____ Fecha de última dosis: ____/____/____

El paciente padece de alguna enfermedad crónica? NO SI Describir: _____

RESULTADOS DE RADIOLOGIA:

¿Tomó placa de Rayos X? SI Fecha ____/____/____ NO

Marque con una X si se detectó: Consolidación Derrame pleural Broncograma aéreo Infiltrado intersticial

Otros describir: _____

DATOS DE LABORATORIO

Obtención de muestra: Anote los exámenes solicitados con una X

Sangre para Hemocultivo Fecha de toma ____/____/____ Líquido Pleural para cultivo Fecha de toma: ____/____/____

Resultados: Gram de líquido pleural: _____ Fecha: ____/____/____

Gram de hemocultivo: _____ Fecha: ____/____/____

Hemocultivo: Hi Spn Ninguna Otra bacteria: _____ Fecha resultado: ____/____/____

Líquido pleural: Hi Spn Ninguna Otra bacteria: _____ Fecha resultado: ____/____/____

Susceptibilidad Antimicrobiana: Anote los antimicrobianos según susceptibilidad:

Sensible: _____

Intermedio: _____

Resistente: _____

EVOLUCIÓN CLÍNICA

¿Estuvo ingresado en UCI? SI N° de días _____ NO

Egresó curado: Diagnóstico de Egreso: _____ Fecha: ____/____/____

Alta voluntaria: Fecha: ____/____/____ Referido a otro hospital: Fecha: ____/____/____

Fallecido: Fecha: ____/____/____

CLASIFICACIÓN FINAL

Inadecuadamente investigado Descartado Probable NB

Confirmado NB por (describir el agente etiológico y método): _____ Tipificación: _____

Hi: *Haemophilus influenzae*

Spn: *Streptococcus pneumoniae*