



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE MENINGITIS AGUDAS Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la notificación: _____ N° del caso: _____

Establecimiento: _____ Fecha de Hospitalización: ____/____/____

Región Sanitaria: _____ Fecha de captación del caso: ____/____/____

2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

C.I. N° _____ Historia clínica N°: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____ Sexo: M F Departamento: _____ Distrito: _____

Barrio: _____ Dirección actual: _____

Nombre de la madre o encargado: _____ Teléfono: _____

Centro Educativo al que asiste: _____

3.- ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Presenta carnet de Vacunación: SI NO

Antecedentes de Vacunación	Si	No	Sin datos	Nº de Dosis	Fecha de última dosis	Tipo de vacuna
Anti Hib/ Penta						
Anti neumocócica						
Anti meningocócica						

4.- DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de *síntomas*: ____/____/____ Diagnóstico de Ingreso: _____

Signos y síntomas (Marcar ante la presencia)

Fiebre		Rigidez nuca		Petequias		Irritabilidad	
Cefalea		Irritación meníngea		Convulsiones		Rechazo alimentario	
Vómitos		Abombamiento de fontanela		Alteración de la conciencia		Postración/ Letargia	

El paciente padece de alguna enfermedad crónica? Si No Describir _____

Uso de antibiótico **PARENTERAL** dentro de la última semana Si No Cuál _____

Existe **nexo epidemiológico** con otros casos similares? Sí No Nombre del nexo: _____

5.-DATOS LABORATORIALES

Toma de Hemocultivo : Si No Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Toma de LCR: Si No Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Gram de hemocultivo: _____ Gram de LCR: _____ Látex _____

Citoquímico del LCR: Aspecto: _____ Leucocitos: _____/mm³

Predominio: PMN _____% MN _____% Glucosa: _____ Proteínas _____

Resultados

Hemocultivo: SI NO Hi Spn Nm Ninguna Otra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____

Cultivo de LCR: SI NO Hi Spn Nm Ninguna Otra: _____ Fecha de resultado: ____/____/____

PCR de Hemocultivo/Sangre: SI NO Hi Spn Nm Ninguna Otra: _____

Fecha de resultado: ____/____/____ Serogrupo/Serotipo: _____

PCR de LCR p/ bacterias: SI NO Hi Spn Nm Ninguna Otra: _____

Fecha de resultado: ____/____/____ Serogrupo/Serotipo: _____

PCR de LCR p/ virus: SI NO Positivo Negativo Especificar _____ Tinta China LCR: _____

6.-EVOLUCIÓN CLÍNICA

Ingreso a UCI: Si No Fecha de ingreso a UCI: ____/____/____ Fecha de Egreso de UCI: ____/____/____

Egreso: Vivo Fallecido Fecha de egreso: ____/____/____ Referido a otro hospital Cuál?: _____

Diagnóstico de Egreso: _____

7.-CLASIFICACIÓN FINAL

Inadecuadamente investigado Probable Bacteriano Confirmado Bacteriano

Descartado Probable Viral Confirmado Viral E.M. sin MBA