

Ministerio de **SALUD** NOTIFICACIÓN DE CASO DE MENINGOENCEFALITIS

Datos de filiación del enfermo

Nombre y apellido: HC:

Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: DNI:

Ocupación: Domicilio:

Localidad: Departamento: Tel.:

Concurre a algún establecimiento: ☐ Laboral ☐ Educativo ☐ Otro

Nombre del establecimiento:

Domicilio: Tel.:

Localidad: Departamento:

Datos clínicos

Fecha de inicio de los síntomas:/...../..... Fecha de consulta:/...../.....

Fecha de internación:/...../.....

Síntomas

☐ Cefalea

☐ DOTE

☐ Rigidez de nuca

☐ Fiebre

☐ Foco

☐ Depresión del sensorio

☐ Vómitos

☐ Coma

☐ Excitación psicomotriz

☐ Fotofobia

☐ Petequias

☐ Alteración de la conciencia

☐ Convulsiones

☐ Diarrea

Otros:

¿Se le suministraron antibióticos previo a la internación? ☐ SI ☐ NO ☐ Se desconoce

Nombre y duración:

Físico-químico LCR: ☐ Claro ☐ Opalescente ☐ Purulento

Presión: Albúmina: Glucosa: Glucemia:

Leucocitos: Neutrófilos: Linfocitos: Eritrocitos:

Diagnóstico presuntivo

☐ Sepsis

☐ Meningitis

☐ Encefalitis

Antecedentes

☐ Tuberculosis

☐ Varicela

☐ Parotiditis

☐ Herpes

Otros:

Antecedentes de vacunación

Nombre de la vacuna*	Nº de dosis	Fecha de la última dosis
		/...../.....
		/...../.....
		/...../.....

* Sólo vacunas antihaemophilus, antimeningocócica o antineumocócica, o cuando estén relacionadas con la patología, como las vacunas antisarampionosa, antiparotiditis u otras.

Diagnóstico microbiológico en la institución Fecha toma muestra...../...../.....

Laboratorio al que fueron remitidas las muestras:

Material	Muestra enviada ⁽¹⁾	Estudio realizado ⁽²⁾			Germen aislado ⁽³⁾			
		D	C	TR	Nm	Hi	Sn	Ot
Líquido cefalorraquídeo								
Sangre								
Petequia								
Orina								
Líquido pleural								
Otros								

(1) Marcar con una x.

(2) **D**: Directo; **C**: Cultivo; **TR**: Técnica rápida.(3) **Nm**: *Neisseria meningitidis*; **Hi**: *Haemophilus influenzae*; **Sn**: *Streptococcus pneumoniae*; **Ot**: Otro (aclarar).Técnica rápida: ☐ COA ☐ CIE ☐ Látex

Antibiograma: CIM:

Tratamiento antibiótico administrado.....**Evolución**Tipo de evolución: ☐ Se desconoce ☐ Curado ☐ Fallecido☐ Con secuelas (especificar):**Estudio de foco**¿Tuvo contacto con casos similares 10 días antes del comienzo de la enfermedad? ☐ SI ☐ NOContactos: ☐ No ☐ Si En el trabajo ☐ En la escuela ☐ En el domicilio ☐ Otros ☐Quimioprofilaxis: ☐ SI ☐ NO ¿Cuántos?**Identificación del establecimiento**

Establecimiento:

Sala: Cama: Historia Clínica N°:

Dirección: Teléfono:

Localidad: Departamento: Provincia:

Investigación del agente causal. Se solicita: Fecha de envío/...../.....Bacterias: ☐Virus: Enterovirus ☐ Herpes Virus ☐ Citomegalovirus ☐ Flavivirus ☐ Otros.....

Otros Gérmenes.....

Identificación del Notificador

Apellido y nombre: Celular.....

Mail.....

Fecha de notificación:/...../.....

.....

Firma

Enviar ficha y muestra refrigerada a **Área de Epidemiología**, Rosario de Santa Fe 374 (viejo Hospital San Roque), 2^{do} piso, B° Centro. CP 5000 - CÓRDOBA. Teléfono-fax: 0351-4341543/44. Celular de guardia: 0351-153463803 (recibe llamadas desde teléfonos públicos).