

# 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 <sup>(1)</sup>	Estudio realizado <sup>(2)</sup>			Germen aislado <sup>(3)</sup>			
		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  NO

Contactos:  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