

# FICHA DE INVESTIGACION MENINGOENCEFALITIS – ENFERMEDAD INVASIVA

<sup>1</sup>Definición de caso

**Caso Sospechoso:** toda persona que comience con un cuadro febril de inicio repentino, acompañado de cefalea, vómito, fotofobia, sonofobia, rigidez de nuca, y/o alteración de la conciencia, y/o que se acompañe con alteración del análisis fisicoquímico del LCR.

**Caso Probable:** caso sospechoso con algún análisis de laboratorio (incluido el fisicoquímico) del LCR o serología orientativo de la etiología pero no confirmatorio.

**Caso Confirmado:** caso probable con aislamiento del microorganismo (cultivo, PCR) o serología positiva (aumento al cuádruple de títulos o seroconversión). En el caso de no poder aislar el microorganismo se confirma con la clínica, epidemiología y el laboratorio del LCR.

## 1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## 2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel.  propio  vecino: \_\_\_\_\_

Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Urbano  Rural  Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## 3. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de inicio de los síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diagnóstico presuntivo** \_\_\_\_\_

Fiebre	<input type="checkbox"/>	Fotofobia	<input type="checkbox"/>	Alteración de la conciencia	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Sonofobia	<input type="checkbox"/>	Síntomas gastrointestinales	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	Rigidez de nuca	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Alteración del sensorio <input type="checkbox"/>

## 4. DATOS DE VACUNACION

Cuádruple	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis ____/____/____
Pentavalente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis ____/____/____
Antimeningocócica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis ____/____/____
Neumocócica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis ____/____/____

## 5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Estuvo en contacto con un caso sospechoso de meningitis o con una persona con síntomas similares a la del caso? Si  No  N/C

Quién? \_\_\_\_\_

Tuvo conocimiento de algún otro caso de meningitis? Si  No  N/C

Viajó en los últimos 30 días? Si  No  Lugar: \_\_\_\_\_

Estuvo expuesto a mosquitos en las últimas semanas? Si  No  N/C

Asiste a alguna institución? Si  No

Domicilio laboral/ escolar: \_\_\_\_\_

Otros antecedentes relevantes: inmunodeprimido  traumatismo de cráneo  otitis  enfermedades de base

Cuál/les \_\_\_\_\_

Otros antecedentes de interés \_\_\_\_\_

## 5. DATOS DE LABORATORIO

## FICHA DE INVESTIGACION MENINGOENCEFALITIS – ENFERMEDAD INVASIVA

### LÍQUIDO CÉFALORRAQUÍDEO (LCR)

Fecha primera punción lumbar(PL) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Antibióticos antes de la PL  Si  No

Aspecto del LCR  Claro  Purulento  Sanguinolento  Opalescente

Cantidad de células /mm<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ PMN  % MN  %

Glucosa(mg%) \_\_\_\_\_ Proteínas(mg%) \_\_\_\_\_ Pandy \_\_\_\_\_

Laboratorio Efector: \_\_\_\_\_

### HEMOCULTIVO (en caso de MENINGOCOCCEMIA)

Fecha de extracción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° de frascos  Antibióticos antes de la extracción  Si  No

### 6. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO (LOCAL)

Tipo de muestra	Fecha	Técnica	Resultado
LCR		Serología	
		Examen directo	
		Cultivo Bacteriológico/Identificación	
		Antibiograma	
HEMOCULTIVO		Cultivo/Identificación	
		Antibiograma	

### 6. EXAMENES DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Fecha	Lugar enviado	Resultado	Técnica (Serología, PCR, Cultivo Viroológico)
LCR				
Suero				

### 7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

N°orden	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Sexo	Quimioprofilaxis

### 7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado:  Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Complicaciones  Secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Desconocido

Clasificación Final  Caso confirmado   
 Caso descartado