

Caso sospechoso de meningitis: Todo paciente menor de 5 años hospitalizado con diagnóstico médico de meningitis.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

País: Bolivia, Departamento _____ Establecimiento de salud que notifica _____
 Municipio: _____ Teléfono del establecimiento que notifica _____
 Red/Gerencia de Salud _____ Notificado por: _____ No. Tel _____
 Fecha de: Consulta ____/____/____ Notificación Local ____/____/____ Notificación Nacional ____/____/____ Tipo de Sector 1=Público
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año de Institución 2=Privado
 que notifica 88=Otro Especifique

Localidad/Barrio/ciudad _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Nombre y apellidos _____ Nombre de la madre o responsable: _____
 Sexo 1=Masculino Fecha de nacimiento ____/____/____ Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad _____
2=Femenino Día Mes Año Años Meses
 Dirección actual _____
 Tipo de localidad: 1=Urbano Ciudad _____ Teléfono: _____
2=Periurbano 3=Rural

**III HISTORIA VACUNAL (ES IMPORTANTE HACER TODO LO NECESARIO PARA OBTENER ESTA INFORMACIÓN)
(UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)**

Vacunas	No de Dosis	Fecha de última dosis	Establecimiento o lugar de vacunación	Fuente de información sobre la vacunación
Pentavalente Hib <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
Neumocócica <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
PCV10 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
Otra _____	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
Meningocócica <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Polisacáridos <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
B recombinante <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
C Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>
Otra _____	_____	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	_____	<input type="checkbox"/>

1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro, cuaderno de vacunación del establecimiento de salud 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Sí 2=No 99=Desconocido

Fecha de inicio de la enfermedad ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Fecha de admisión ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Diagnóstico en la fecha de admisión: _____
Uso de antibióticos en las últimas 72 horas <input type="checkbox"/>	Especificar _____	No de días de Tto _____
Signos / Síntomas 1=Sí 2=No	Evolución, Estado Actual del paciente 1=Sí 2=No	
Convulsiones <input type="checkbox"/>	Malnutrición <input type="checkbox"/>	Restablecido, alta sin secuelas <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Rigidez del cuello <input type="checkbox"/>	Alta con secuelas <input type="checkbox"/>
Alteración de la consciencia <input type="checkbox"/>	Petequias/púrpura <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Dificultad para succionar/alimentarse <input type="checkbox"/>	Abombamiento de fontanela <input type="checkbox"/>	Alta Solicitada <input type="checkbox"/>
Alteración de la consciencia <input type="checkbox"/>	Letargia <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Irritabilidad <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Diagnóstico de egreso <input type="checkbox"/>	1= Neumonía Bacteriana 2= Meningitis Bacteriana 3= Sepsis 4= Otra Neumonía 5= Otra Meningitis 6= Otro _____ 99 = Desconocido	Fecha de egreso ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>

VI DATOS DE LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Toma de Muestra 1=Sí 2=No Fecha = Día / Mes / Año	
Hemocultivo 1 <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Hora: _____
Hemocultivo 2 <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Hora: _____
LCR <input type="checkbox"/>	Fecha ____/____/____ Hora: _____
Resultados 1=Sí 2=No Fecha = Día / Mes / Año	
Hemocultivo 1 Fecha: ____/____/____	Spn <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Serotipo/serogrupo: _____ Otra bacteria: _____
Hemocultivo 2 Fecha: ____/____/____	Spn <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Serotipo/serogrupo: _____ Otra bacteria: _____
Citoquímico LCR Fecha: ____/____/____	
Apariencia: _____ Leucocitos (n/mL): _____ Hematíes: _____	
Glucosa (g/dL): _____ Proteínas (g/dL): _____	
Gram LCR Fecha ____/____/____	Gram hemocultivo Fecha: ____/____/____
Prueba rápida LCR	
Binax <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	Positiva Spn <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>
Látex <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	Positiva Spn <input type="checkbox"/> Positiva Hib <input type="checkbox"/> Positiva Nm <input type="checkbox"/> No realizada <input type="checkbox"/>
Cultivo LCR Fecha: ____/____/____	Spn <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Serotipo/serogrupo: _____ Otra bacteria: _____
PCR de LCR Fecha: ____/____/____	Spn <input type="checkbox"/> Hi <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Serotipo/serogrupo: _____ Otra bacteria: _____ Otro agente etiológico: _____

VI CLASIFICACION FINAL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Sí 2=No

Confirmado Hi Confirmado Spn Confirmado Nm Confirmado otro agente etiológico Sepsis Probable

Inadecuadamente investigado Descartado

NOTA: Investigador:

Nombre: _____ Cargo: _____ Firma y sello: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono / Celular: _____

Fecha de Investigación: ____/____/____

Día Mes Año

Comentarios:
