

**FICHA DE INVESTIGACION
EPIDEMIOLOGICA**

.. Fecha de Notificación

1-IDENTIFICACION		Establecimiento	
Departamento			
Nombre del Paciente			
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
Dirección			
Barrio		Localidad	
Lugar de Trabajo			
Ocupación			
Lugar donde estudia			
2- HOSPITALIZADO		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Fecha de internación	
Lugar			
3- MANIFESTACIONES CLINICAS		Fecha de los primeros síntomas	
		 	
Cefalea	Fiebre	Vómitos	Rigidez de nuca
			Kernig o Brudzinski
Petequias o sufusiones hemorrágicas		Convulsiones	Coma
4- DATOS DE LABORATORIO			
Punción lumbar		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Fecha	
Aspecto del líquido			
NO fue Hecha <input type="checkbox"/>	Ausencia de Gérmenes <input type="checkbox"/>	Meningococo <input type="checkbox"/>	Otros Gérmenes <input type="checkbox"/>
			Cuál?
Cultivo	No fue Hecho <input type="checkbox"/>	Ausencia de Gérmenes <input type="checkbox"/>	Otros Gérmenes <input type="checkbox"/>
			Cuál?
Contrainmunoelectroforesis	No fue Hecha <input type="checkbox"/>	Ausencia de Antigeno de meningococo <input type="checkbox"/>	Presencia de Antigeno de meningococo <input type="checkbox"/>
Serotipo			
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>
			Otro <input type="checkbox"/>
			NO
Citoquímica del líquido	Polimorfonucleares	Linfocitos	Monocitos
Nº células		Glucosa	Proteínas
Otros exámenes			
Recolección de sangre para dopaje de anticuerpos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
1- Muestra	Fecha	Título	Germen
1- Muestra	Fecha	Título	Germen
LABORATORIO			
4- ANTECEDENTES DE VACUNACIONES		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			IGNORADO <input type="checkbox"/>

