

MENINGOENCEFALITIS

**FICHA DE INVESTIGACION
EPIDEMIOLÓGICA**

--	--	--

1-IDENTIFICACION							
Departamento	Establecimiento						
Nombre del Paciente: _____ DNI: _____							
Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad : _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>							
Dirección:							
Barrio:	Localidad:						
Lugar de Trabajo:							
Ocupación:							
Lugar donde estudia:							
2- HOSPITALIZADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha de internación <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>						
Lugar							
3- MANIFESTACIONES CLINICAS	Fecha de los primeros síntomas <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>						
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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>					
Aspecto del líquido							
NO fue Hecha <input type="checkbox"/>	Ausencia de Gérmenes <input type="checkbox"/>	Meningococo <input type="checkbox"/>	Otros Gérmenes <input type="checkbox"/>	Cúal?			
Cultivo No fue Hecho <input type="checkbox"/>	Ausencia de Gérmenes <input type="checkbox"/>	Otros Gérmenes <input type="checkbox"/>	Cúal?				
Contrainmunoelectroforesis	No fue Hecha <input type="checkbox"/>	Ausencia de Antígeno de meningococo <input type="checkbox"/>	Presencia de Antígeno 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 <input type="checkbox"/>	
Citoquímica del líquido	Linfocitos		Monocitos				
Nº células	Polimorfonucleares		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							
5- ANTECEDENTES DE VACUNACIONES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>							

6- EVOLUCION DEL CASO			Curación <input type="checkbox"/>	Óbito <input type="checkbox"/>	Fecha	Ignorado <input type="checkbox"/>			
Secuelas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar que						
7- DIAGNOSTICO DEFINITIVO			Meningitis Meningocócica <input type="checkbox"/>	Meningococemia <input type="checkbox"/>					
Meningitis purulenta <input type="checkbox"/>	Meningitis no especificada <input type="checkbox"/>	Cuál?							
Meningitis por otros gérmenes	Cuál?								
Otro diagnóstico	Cuál?								
8- LUGAR PROBABLE DE INFECCION (fecha y lugares frecuentados en el período de 10 días anteriores al comienzo de la enfermedad)									
Fecha			Lugar						
9- CONTACTOS CON CASOS SIMILARES			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	IGNORADO <input type="checkbox"/>				
En el trabajo <input type="checkbox"/>	En la escuela <input type="checkbox"/>	En el domicilio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>						
10-CONTACTOS FAMILIARES			Síntomas y signos semejantes al caso		Antecedentes de vacunación		Quimioprofilaxis		
Nº	Nombre	Edad	SI	NO	SI	NO	IGN	SI	NO
Visita al caso (item 1 al 9) realizada por:									
Nombre _____									
Cargo/ función			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Firma			
Comunicación de la visita a contactos por:									
Centro de Salud _____									
Vista a los contactos (item 1 y 8 al 10) realizada por :									
Nombre: _____									
Cargo/función		Fecha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Firma			
Nombre del responsable						Firma			