

**FICHA DE INVESTIGACION  
EPIDEMIOLOGICA**

... Fecha de Notificación

<b>1-IDENTIFICACION</b>		<b>Establecimiento</b>	
<b>Departamento</b>			
Nombre del Paciente: DNI:			
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	
Dirección			
Barrio		Localidad	
Lugar de Trabajo			
Ocupación			
Lugar donde estudia			
<b>2- HOSPITALIZADO</b>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Fecha de internación	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>
Lugar			
<b>3- MANIFESTACIONES CLINICAS</b>		Fecha de los primeros síntomas	
		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>	
Cefalea	Fiebre	Vómitos	Rigidez de nuca
		Kernig o Brudzinski	
Petequias o sufusiones hemorrágicas		Convulsiones	Coma
<b>4- DATOS DE LABORATORIO</b>			
Punción lumbar		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		Fecha	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>
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?	
Contrainmunolectroforesis		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			
Citoquímica del líquido	Linfocitos		Monocitos
Nº células	Polimorfonucleares		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
<b>LABORATORIO</b>			
<b>4- ANTECEDENTES DE VACUNACIONES</b>		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
		IGNORADO <input type="checkbox"/>	

<b>6- EVOLUCION DEL CASO</b>	Curación <input type="checkbox"/>	Obito <input type="checkbox"/>	Fecha	Ignorado <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------	-----------------------------------

Secuelas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Especificar que
----------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------

<b>7- DIAGNOSTICO DEFINITIVO</b>	Meningitis Meningocócica <input type="checkbox"/>	Meningococcemia <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	--

Meningitis purulenta <input type="checkbox"/>	Meningitis no especificada <input type="checkbox"/>	Cúal?
---	---	-------

Meningitis por otros gérmenes	Cúal?
-------------------------------	-------

Otro diagnóstico	Cúal?
------------------	-------

**8- LUGAR PROBABLE DE INFECCION** (fecha y lugares frecuentados en el período de 10 días anteriores al comienzo de la enfermedad)

Fecha	Lugar

<b>9- CONTACTOS CON CASOS SIMILARES</b>	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
--	--	--	-------

<b>10-CONTACTOS FAMILIARES</b> Quimioprofilaxis	Síntomas y signos semejantes al caso	Antecedentes de vacunación
--	--------------------------------------	----------------------------

Nº	Nombre	Edad	SI	NO	SI	NO	IGN	SI	NO

Visita al caso (item 1 al 9) realizada por:

Nombre \_\_\_\_\_

Cargo/ función

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

Firma

Nombre del responsable

Firma