

MENINGOENCEFALITIS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA MENINGOCOCCEMIAS

1. DATOS DEL PACIENTE				
Apellido y nombre:.....N° HCL.....				
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad:..... DNI:.....				
Sexo: M.....F.....Teléfono:.....				
Domicilio:.....Localidad:.....				
Departamento:.....Provincia:.....				
Establecimiento que notifica:.....				
2. DATOS CLÍNICOS				
Fecha de inicio de los síntomas:...../...../..... Fecha de internación...../...../.....				
Diagnóstico presuntivo:..... Vacuna neumococo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
3. LABORATORIO				
LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO				
Fecha 1ªPL:...../...../..... Antibióticos antes de la 1ªPL: SI () NO ()				
Aspecto del LCR: Claro () Opalescente () Purulento () Sanquinolento ()				
Cantidad de Polimorfonucleares.....% Mononucleares.....% células/mm3.....				
Laboratorio efector:.....				
HEMOCULTIVO (en caso de meningococemia)				
Fecha de extracción:...../...../..... N° frascos () Antibióticos antes de HC SI () NO ()				
Laboratorio efector:.....				
DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO (coaglutinación, látex, etc)				
Bacteriología: Frotis:.....				
Cultivo e identificación del germen.....				
Serotipo.....				
Antibiograma.....				
ORINA: ANTÍGENO DE NEUMOCÓCO				
Fecha de toma de muestra:...../...../..... Resultado:.....				
4. EVOLUCIÓN				
Curado sin secuelas () Con secuelas () Tipo de secuelas.....				
Fallecido..... Fecha...../...../.....				
5. INFORMACIÓN ADICIONAL				
Identificación de los contactos convivientes en el mismo domicilio del caso:				
N° de orden	Nombre y Apellido	Edad	Sexo	Quimioprofilaxis
Fecha de notificación...../...../.....				
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO				