

UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS - PLANILLA CLÍNICA

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: _____

Sí usted identifica alguno de estos criterios de Exclusión no llene la ficha										
Pacientes con inmunosupresión conocida congénita o adquirida					Fibrosis Quística Pulmonar					
Pacientes con TBC pulmonar activa con baciloscopia positiva					Neumonía Intrahospitalaria					
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE										
Nombre y Apellido: _____				Fecha Nac. ----/---/----/		Edad: _____		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Dirección: _____			Localidad: _____			Barrio: _____				
Provincia: _____					Historia Clínica: _____					
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES										
Diabetes	Insuficiencia Cardíaca	Cardiopatía Congénita	HTA Severa							
Enf. Renal crónica	Hepatopatía Crónica	Enf. cerebrovascular	Neumoconiosis							
Asma	Enfisema	Intersticiopatía	Secuelas EPOC							
NAC previa	Alcoholismo	Enf. autoinmune	Enf. neuromuscular							
Cáncer pulmonar	Otro Cáncer actual	Obst. Bronq Recidivante	Enf Pulmonar Postviral							
Prematurez	Displasia Bronco Pulm.	Bronquiolitis	Otros, Cual: _____							
ANTECEDENTES DE ANTIBIÓTICOS Y CORTICOIDES PREVIOS A LA INTERNACIÓN										
Antibióticos (90 días)		Vía	Dosis	Fechas		Duración / días				
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
Corticoides Sistémico (2 sem o +)		Vía	Dosis	Fechas		Duración / días				
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN COMPROBADOS CON EL CARNET DE VACUNACIÓN										
Anticoqueluche	No. dosis	última dosis ____/____/____	Neumocócica Heptavalente	No. dosis	última dosis ____/____/____					
Anti sarampionosa	No. dosis	última dosis ____/____/____	Neumocócica 23 valente	No. dosis	última dosis ____/____/____					
AntiHaemophilus	No. dosis	última dosis ____/____/____	BCG 1ra dosis	No. dosis	1ra dosis ____/____/____					
Antigripal	No. dosis	última dosis ____/____/____	Otra:	No. dosis	última dosis ____/____/____					
DATOS CLÍNICOS AL MOMENTO DE INTERNACIÓN										
Fecha Iros síntomas: ____/____/____		Fecha 1° consulta: ____/____/____		Fecha internación: ____/____/____		Sem. Epi : _____				
Frec. Respiratoria: _____		Frec. Cardíaca: _____		Tensión Arterial: _____/_____/_____		Temp. Máxima: _____ °C				
Comienzo insidioso	Comienzo brusco	Dolor Torácico			Dolor Abdominal					
Taquipnea	Dificultad respiratoria	Incapacidad respiratoria			Compromiso SNC					
Sibilancias audibles	Fiebre	Secreción hemoptoica			Estado Nutricional: Normal _____					
Tos	Secreción Mucosa	Secreción Purulenta			Denutrido: Leve __ Mod. __ Sev. __					
DATOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO										
Describir la imagen de la Radiografía de Tórax al momento de la internación según sea Unilateral o Bilateral.										
Unilateral	Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla	
Bilateral	Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla	
Seleccione la extensión de la imagen radiográfica			1 Lóbulo		2 Lóbulos		+ de 2 Lóbulos			
LABORATORIO	Sat O ₂ %:		FI O ₂ %:		PaO ₂ :		PaCO ₂ :		PH:	Eritro:
	HTO:		Leucocitos:		% de Neutrofilos:		Urea (g/l):		Glucemia:	
	Bt: _____		Bd: _____		ALAT: _____		ASAT: _____		Falc: _____	
Hepato grama: _____		GGT: _____		CHE: _____		T. Prot : _____		Albúmina Sérica: _____		
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO										
NAC: Típica:..... Atípica:..... Indeterminada:..... Otro,Cuál:.....										
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INICIAL AL INTERNARSE										
Antibióticos		Vía	Dosis	Fecha inicio		Duración / días				
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
.....	/...../.....					
OBSERVACIONES										
.....										

UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS
PLANILLA DE CONTROL DE LA SOLICITUD DE EXAMENES

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE									
Nombre y Apellido:			Fecha Nac: / /		Edad:		Sexo: M		F
Dirección:			Localidad:			Barrio:			
Provincia:			Historia Clínica:						
TIPO DE MUESTRA									
			FECHA		FECHA		FECHA		
Sangre	Sangre total (coágulo)	/...../.....	/...../.....	/...../.....		
	Hemocultivo	1°/...../.....	/...../.....	/...../.....		
		2°/...../.....	/...../.....	/...../.....		
		3°/...../.....	/...../.....	/...../.....		
	Suero	1°/...../.....	/...../.....	/...../.....		
		2°/...../.....	/...../.....	/...../.....		
Hisopado nasal y faríngeo		para virus	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
		para micoplasma	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Aspirado nasal y faríngeo		para virus	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
		para micoplasma	/...../.....	/...../.....	/...../.....	
Lavado Bronco alveolar (LBA)		/...../.....	/...../.....	/...../.....		
Aspirado Traqueal		/...../.....	/...../.....	/...../.....		
Cepillo Protegido		/...../.....	/...../.....	/...../.....		
Espujo		/...../.....	/...../.....	/...../.....		
Líquido pleural		/...../.....	/...../.....	/...../.....		
PRUEBAS SOLICITADAS A REALIZAR EN LA UNIDAD CENTINELA									
Estudios bacteriológicos									
Gérmenes comunes									
Espujo		Directo		Cultivo		Antibiograma			
Líquido pleural		Citoquímico		Directo		Cultivo		Antibiograma	
Estudios virológicos									
Virus resp. (RSV, ADV, PARA, FLUA, FLUB)				IFI Ag		IgM 1° suero			
Estudios para microorganismos atípicos									
M. pneumoniae		IFI IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)					
Chlamydia spp.		IFI IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)					
Estudios de laboratorio clínico									
Hemograma		Urea		Glucemia		Albúmina Sérica			
Hepatograma		Eritrosedimentación		Rto. de plaquetas		Eritrosedimentación			
PRUEBAS A REALIZARSE EN LNR									
Aislamiento Viral adultos									
Hantavirus		IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)		PCR (coágulo)			
C. Burnetti		IgM – 1° suero		Nested- PCR (HN e HF)		Bordetella			
Legionella spp.		IgM – 1° suero		EIA Ag Leg. (orina)					

UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS
PLANILLA DE CONTROL DE LA EVOLUCION DURANTE LA INTERNACION

LA EVOLUCIÓN SE DEBE LLENAR AL ALTA DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: M F

Dirección: _____ Localidad: _____ Barrio: _____

Provincia: _____ Historia Clínica: _____

Internado en sala: días de internación: _____

Internado en UTI: días de internación _____ ARM: _____ días: _____

Exámenes de Laboratorio al Alta:

Sat O₂ %: FI O₂%: PaO₂: PaCO₂: PH: Eritro:.....

HTO: Leucocitos: % de Neutrofilos: Urea (g/l):..... Glucemia:

Bt: _____ Bd: _____ ALAT: _____ ASAT: _____ Falc: _____

GGT: _____ CHE: _____ T. Prot : _____ Albúmina Sérica: _____

Complicaciones Respiratorias: Insuficiencia Respiratoria: _____ Abceso Pulmonar: _____
 Empiema: _____ Otras, Cuál: _____

Complicaciones Generales: Sepsis: _____ Shock: _____ CID: _____
 Metástasis sépticas a distancia: _____ Insuficiencia Renal: _____
 Otras, Cuál: _____

Fecha de resolución de los síntomas:/...../..... Fecha de Egreso:/...../.....

Condición al egreso:	vivo	curado	mejorado	con secuela	derivado
	fallecido				

En caso de muerte aclarar causas:

Principal: -----

Condicionante: -----

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS
PLANILLA EPIDEMIOLOGIA**

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE																			
Nombre y Apellido:						Fecha Nac. ----/---/----/		Edad:		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>									
Dirección:				Localidad:				Barrio:											
Provincia:				Historia Clínica:				TE:		Piso :									
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES																			
Diabetes			Insuficiencia Cardíaca			Cardiopatía Congénita			HTA Severa										
Enf. Renal crónica			Hepatopatía Crónica			Enf. cerebrovascular			Neumoconiosis										
Asma			Enfisema			Intersticiopatía			Secuelas EPOC										
NAC previa			Alcoholismo			Enf. autoinmune			Enf. neuromuscular										
Cáncer pulmonar			Otro Cáncer actual			Obst. Bronq Recidivante			Enf Pulmonar Postviral										
Prematurez			Displasia Bronco Pulm.			Bronquiolitis			Otros, Cual:										
ANTECEDENTES DE ANTIBIÓTICOS Y CORTICOIDES PREVIOS A LA INTERNACIÓN																			
Antibióticos (90 días)			Vía			Dosis			Fechas		Duración / días								
.....		/...../.....									
.....		/...../.....									
.....		/...../.....									
Corticoides Sistémico (2 sem o +)			Vía			Dosis			Fechas		Duración / días								
.....		/...../.....									
.....		/...../.....									
.....		/...../.....									
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN COMPROBADOS CON EL CARNET DE VACUNACION																			
Anticoqueluche		No. dosis		última dosis ____/____/____		Neumocócica Heptavalente		No. dosis		última dosis ____/____/____									
Anti sarampionosa		No. dosis		última dosis ____/____/____		Neumocócica 23 valente		No. dosis		última dosis ____/____/____									
AntiHaemophilus		No. dosis		última dosis ____/____/____		BCG 1ra dosis		No. dosis		1ra dosis ____/____/____									
Antigripal		No. dosis		última dosis ____/____/____		Otra:		No. dosis		última dosis ____/____/____									
DATOS CLÍNICOS AL MOMENTO DE INTERNACIÓN																			
Fecha 1ros síntomas: ____/____/____			Fecha 1º consulta: ____/____/____			Fecha internación: ____/____/____			Sem. Epi : ____										
Frecuencia Respiratoria: _____				Frecuencia Cardíaca: _____				Tensión Arterial: _____/_____/_____											
Comienzo insidioso			Comienzo brusco			Dolor Torácico			Dolor Abdominal										
Taquipnea			Dificultad respiratoria			Incapacidad respiratoria			Compromiso SNC										
Sibilancias audibles			Fiebre			Secreción hemoptoica			Estado Nutricional:										
Tos			Secreción Mucosa			Secreción Purulenta			Temp. Máxima _____ °C										
DATOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO																			
Describir la imagen de la Radiografía de Tórax al momento de la internación según sea Unilateral o Bilateral.																			
Unilateral		Reticular		Nodulillar		Acinar / Alveolar		Mixto		Homogéneo		Broncrograma		Derrame		Cavidad		Bulla	
Bilateral		Reticular		Nodulillar		Acinar / Alveolar		Mixto		Homogéneo		Broncrograma		Derrame		Cavidad		Bulla	
Seleccione la extensión de la imagen radiográfica						1 Lóbulo			2 Lóbulos			+ de 2 Lóbulos							
L A B	Sat O ₂ %:		FI O ₂ %:		PaO ₂ :		PaCO ₂ :		PH:		HTO:								
	Leucocitos:		% de Neutrofilos:		Urea (g/l):.....		Glucemia:												
	Hepato grama:		Bt: _____		Bd: _____		ALAT: _____		ASAT: _____		Falc: _____								
GGT: _____		CHE: _____		T. Prot : _____															
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO																			
.....																			
OBSERVACIONES																			
.....																			
.....																			
.....																			
ESTUDIO DE BROTE:																			
Fiebre Q			Influenza			Hantavirus			Psitacosis										
						< 15 años		15 años y más		TOTAL									
Nº de contactos:																			
Nº de contactos enfermos:																			
Nº de contactos en estudios clínico y de laboratorio:																			
Nº de contactos con quimioprofilaxis:																			