

VI LABORATORIO

OBTENCIÓN DE MUESTRA: Anote los exámenes solicitados con una X
Hemocultivo 1 _____ Fecha de obtención: ___/__/ Hora: _



Ficha de Notificación e Investigación NEUMONÍA BACTERIANA

(CIE 10 - J15)

Código VINUVA							
A ser llenado por el Hospital Centinela							
,	,	,					

Caso sospechoso – 1) Todo paciente menor de 5 años de edad hospitalizado con diagnóstico médico de neumonía adquirida en la comunidad. Caso probable - 2) Todo caso sospechoso con una radiografía de tórax donde se identifique un patrón radiológico compatible con neumonía bacteriana.

. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA				
	5.11			
2 /		Establecimiento de salud que notifica:		
País:	·	Teléfono del establecimiento que notifica:		
SEDES Departamento	Notificado por:	Fecha de	_	
Municipio:	Fecha de Consulta:/	Notificación Local:		
Red de Servicios:		Tipo de sector 1= Público	88= Otro	
Localidad/Barrio/Ciudad:	Fecha de Notificación Nacional:/	De institución 2= Privado Que notifica:	Especifiqu	
II INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre y apellidos	Nombre de la madre			
del Paciente: Sexo: 1=Masculino 2=Femenino			_	
Fecha de nacimiento:	Edad: Años Meses			
1=Urbano	n 2, del trabajo o escuela :			
Tipo de localidad: 2=Periurbano Ciudad	Te	léfono:		
III HISTORIA VACUNAL				
	,	o o lugar dónde fue Verificaci		
Hib Si No No sabe		vacunac 		
Neumocócica (PCV) Si PCV10 PCV13 Otra:	Día Mes Año /			
No No sabe				
Meningocócica Si				
(**) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal IV DATOS DE ADMISION				
Fecha, inicio de la enfermedad: / / Fecha de admisión:	/ / Diagnóstico de admisión:			
Día Mes Año Uso de antibióticos (ATB) en las últimas 72 horas:	Día Mes Año			
Sí Especificar ATB:	No No sabe			
V DATOS CLINICOS				
Signos /Síntomas				
Sí No Sí	No			
Dificultad respiratoria Fiebre				
Tiraje subcostal Vómitos [
Tos Hipotermia [
Cianosis Desnutrición [
Estridor				
Frecuencia respiratoria min. Saturación de Oxígeno _	%			
¿Se hizo Rx de Tórax? Si 🗌 No 🔲 Resultado: Normal 🗆	Compatible con neumonía bacteriana	Compatible con neumonía viral		
Fecha de la radiografía:/ / Mes Año	Inconclusivo Descond	ocido 🗆		
Patrón de la radiografía:				
Alveolar/Consolidación	Derrame pleural 🔲 🛮 Infiltrad	o intersticial		
Out Li Describil otto.				

Hemocultivo 2	Fecha de obtención://	Hora:				
Líquido pleural	Fecha de obtención//_	Hora:				
RESULTADOS						
Cultivo líquido pleural	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
Gram de líquido pleural	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
PCR de líquido pleural	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
Hemocultivo 1	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
Hemocultivo 2	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
PCR de hemocultivo	Fecha://	Spn Hi Negativo Serotipo/serogrupo:	Otra bacteria:			
VII EVOLUCION DEL PACIENTE						
Condición de egreso: Vivo sin secuelas Vivo con secuelas Fallecido Referido Alta voluntaria Diagnóstico de egreso: Fecha:// VIII DIAGNOSTICO DE EGRESO						
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Neumonía Bacteriana						
	·					
Confirmado Hi Confirmado Spn _ Confirmado Otra Probable Inadecuadamente investigado Descartado						
OBSERVACIONES						