


MINISTERIO
de SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN



SUS
Sistema Único de Salud

Ficha de Notificación e Investigación
MENINGITIS BACTERIANA
(CIE 10 – G009)

Código VINUVA

A ser llenado por el Hospital Centinela

____/____/____

Caso sospechoso de meningitis: Todo paciente menor de 5 años hospitalizado con diagnóstico médico de meningitis.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

País: Bolivia, Departamento _____

Establecimiento de salud que notifica _____

Municipio: _____

Teléfono del establecimiento que notifica _____

Red/Gerencia de Salud _____

Notificado por: _____ No. Tel _____

Fecha de: Consulta ____/____/____

Notificación Local ____/____/____

Notificación Nacional ____/____/____

Tipo de Sector

de Institución que notifica

1=Público

2=Privado

88=Otro Especifique

Localidad/Barrio/ciudad _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Nombre y apellidos _____

Nombre de la madre o responsable: _____

Sexo ☐ 1=Masculino

2=Femenino

Fecha de nacimiento ____/____/____

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad _____

_____ Años _____ Meses

Dirección actual _____

Tipo de localidad: ☐ 1=Urbano

2=Periurbano

3=Rural

Ciudad _____

Teléfono: _____

III HISTORIA VACUNAL (ES IMPORTANTE HACER TODO LO NECESARIO PARA OBTENER ESTA INFORMACIÓN)
(UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Vacunas	No de Dosis	Fecha de última dosis	Establecimiento o lugar de vacunación	Fuente de información sobre la vacunación
Pentavalente Hib <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
Neumocócica <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
PCV10 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
Otra _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Meningocócica <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Polisacáridos <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
B recombinante <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
C Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
Otra _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

1=Tarjeta de vacunación,
2=Registro, cuaderno de
vacunación del
establecimiento de salud
3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Sí 2=No 99=Desconocido

Fecha de inicio de la enfermedad ____/____/____

Fecha de admisión ____/____/____

Diagnóstico en la fecha de admisión: _____

Uso de antibióticos en las últimas 72 horas ☐

Especificar _____

No de días de Tto _____

Signos / Síntomas 1=Sí 2=No

Convulsiones ☐

Fiebre ☐

Alteración de la consciencia ☐

Dificultad para succionar/alimentarse ☐

Alteración de la consciencia ☐

Irritabilidad ☐

Malnutrición ☐

Rigidez del cuello ☐

Petequias/púrpura ☐

Abombamiento de fontanela ☐

Letargia ☐

Vómitos ☐

Evolución, Estado Actual del paciente 1=Sí 2=No

Restablecido, alta sin secuelas ☐

Alta con secuelas ☐

Transferido ☐

Alta Solicitada ☐

Fallecido ☐

Fecha de fallecimiento ____/____/____

Diagnóstico de egreso ☐

1= Neumonía Bacteriana 2= Meningitis Bacteriana
3= Sepsis 4= Otra Neumonía 5= Otra Meningitis
6= Otro _____
99 = Desconocido

Fecha de egreso ____/____/____

VI DATOS DE LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Toma de Muestra		1=Sí 2=No	Fecha = Día / Mes / Año									
Hemocultivo 1		<input type="checkbox"/>	Fecha	____/____/____	Hora:	_____						
Hemocultivo 2		<input type="checkbox"/>	Fecha	____/____/____	Hora:	_____						
LCR		<input type="checkbox"/>	Fecha	____/____/____	Hora:	_____						
Resultados		1=Sí 2=No	Fecha = Día / Mes / Año									
Hemocultivo1		Fecha: ____/____/____	Spn	<input type="checkbox"/>	Hi	<input type="checkbox"/>	Nm	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Serotipo/serogrupo:	_____
			Otra bacteria: _____									
Hemocultivo 2		Fecha: ____/____/____	Spn	<input type="checkbox"/>	Hi	<input type="checkbox"/>	Nm	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Serotipo/serogrupo:	_____
			Otra bacteria: _____									
Citoquímico LCR		Fecha: ____/____/____										
Apariencia:		_____	Leucocitos (n/mL):	_____	Hematíes:	_____						
Glucosa (g/dL):		_____	Proteínas (g/dL):	_____								
Gram LCR		Fecha ____/____/____	Gram hemocultivo		Fecha: ____/____/____							
Prueba rápida LCR												
Binax		<input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____	Positiva Spn	<input type="checkbox"/>	Negativa	<input type="checkbox"/>	No realizada	<input type="checkbox"/>			
Látex		<input type="checkbox"/>	Fecha: ____/____/____	Positiva Spn	<input type="checkbox"/>	Positiva Hib	<input type="checkbox"/>	Positiva Nm	<input type="checkbox"/>	No realizada	<input type="checkbox"/>	
Cultivo LCR		Fecha: ____/____/____	Spn	<input type="checkbox"/>	Hi	<input type="checkbox"/>	Nm	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Serotipo/serogrupo:	_____
			Otra bacteria: _____									
PCR de LCR		Fecha: ____/____/____	Spn	<input type="checkbox"/>	Hi	<input type="checkbox"/>	Nm	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Serotipo/serogrupo:	_____
			Otra bacteria: _____									
			Otro agente etiológico _____									

VI CLASIFICACIÓN FINAL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Sí 2=No											
Confirmado Hi	<input type="checkbox"/>	Confirmado Spn	<input type="checkbox"/>	Confirmado Nm	<input type="checkbox"/>	Confirmado otro agente etiológico	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>	Probable	<input type="checkbox"/>
Inadecuadamente investigado	<input type="checkbox"/>	Descartado	<input type="checkbox"/>								

NOTA: Investigador:

Nombre: _____ Cargo: _____ Firma y sello: _____

Correo electrónico. _____ Teléfono / Celular _____

Fecha de Investigación: ____/____/____

Día Mes Año

Comentarios:
