

 Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud	 MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización	Ficha de Notificación e Investigación MENINGITIS BACTERIANA (CIE 10 – G009)	Código VINUVA A ser llenado por el PAI Departamental ____/____/____
---	---	--	--


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 _____	Visita Domiciliaria _____	Notificación Nacional _____
Día Mes Año		Día Mes Año	
Localidad/Barrio/Ciudad _____			
Detectado por: 1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad 5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido		Tipo de Sector de Institución que notifica: 1=Público 2=Privado 88=Otro (seguro, ONG, convenio) Especifique _____	

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 _____	
Día Mes Año		Años Meses	
Dirección actual _____		Dirección de la Unidad Educativa _____	
Tipo de localidad: 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Ciudad _____	Teléfono: _____	

Referencias para localizar la vivienda: _____	Croquis de la vivienda 
---	--

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 _____	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
Meningocócica <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
ACWY Polisacáridos <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
B recombinante <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
C Conjugada <input type="checkbox"/>	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
Otra _____	_____	____/____/____ Día Mes Año	_____	<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)

Fecha de inicio de la enfermedad _____	Fecha de internación _____	Diagnóstico en la fecha de internación: _____
Día Mes Año		Día Mes Año
Uso de antibióticos en las últimas 72 horas <input type="checkbox"/>	Especificar _____	No de días de Tto _____
Signos / Síntomas 1=Si 2=No		Evolución, Estado Actual del paciente 1=Si 2=No
Convulsiones <input type="checkbox"/>	Malnutrición <input type="checkbox"/>	Restablecido, alta sin secuelas <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>	Rigidez del cuello <input type="checkbox"/>	Alta con secuelas <input type="checkbox"/>
Alteración de la consciencia <input type="checkbox"/>	Petequias/púrpura <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Dificultad para succionar/alimentarse <input type="checkbox"/>	Abombamiento de fontanela <input type="checkbox"/>	Alta Solicitada <input type="checkbox"/>
Alteración de la consciencia <input type="checkbox"/>	Letargia <input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Irritabilidad <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento _____
		Día Mes Año

Diagnóstico de egreso <input type="checkbox"/>	1= Neumonía Bacteriana 2= Meningitis Bacteriana 3= Sepsis 4= Otra Neumonía 5= Otra Meningitis 6= Otro _____ 99 = Desconocido	Fecha de egreso ____/____/____ Día Mes Año
--	---	---

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

Toma de Muestra 1=Si 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=Si 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 CLASIFICACION FINAL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

1=Si 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: _____

IMPORTANTE

1. La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
 2. Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación de los asteriscos.
 3. Tomar la muestra en el primer contacto y cantidad suficiente
 4. Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la escuela, guardería, comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
 5. No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
 6. Se debe enviar adjunto a la ficha la fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).
- Nota: Esta ficha de investigación se encuentra disponible en el siguiente enlace www.snis.gob.bo/PAI
- Imprima tres copias:
- Una para el establecimiento de salud,
 - Una adjunta a la muestra,
 - Una para envío a la coordinación/gerencia de red.