



| | | | |
|---|---|---|--|
|  Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud |  MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización | Ficha de Notificación e Investigación NEUMONÍA BACTERIANA (CIE 10 – J 15) | Código VINUVA A ser llenado por el PAI Departamental ____/____/____ |
|---|---|---|--|

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.

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 (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

| Vacunas 1= Sí 2= No | 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"/> |

IV DATOS CLINICOS (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

| | | | |
|--|----------------------------|---|--|
| 1= Sí 2= No 99= Desconocido | | Diagnóstico en la fecha de internación: _____ | |
| Fecha de inicio de la enfermedad _____ | Fecha de internación _____ | _____ | |
| Día Mes Año | | Día Mes Año | |
| Uso de antibióticos en la última semana <input type="checkbox"/> | Especificar _____ | No. de días de Tto _____ | |

| Signos / Síntomas 1=Si 2=No | | Radiografía de Tórax 1=Si 2=No | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> | Fiebre <input type="checkbox"/> | ¿Se hizo Rx de Tórax? <input type="checkbox"/> | Fecha de la radiografía: ____/____/____ Día Mes Año |
| Tiraje subcostal <input type="checkbox"/> | Vómitos <input type="checkbox"/> | Resultado | |
| Tos <input type="checkbox"/> | Hipotermia <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> Compatible con neumonía bacteriana <input type="checkbox"/> | |
| Cianosis <input type="checkbox"/> | Desnutrición <input type="checkbox"/> | Compatible con neumonía viral <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> | |
| Estridor <input type="checkbox"/> | | Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> | |
| Frecuencia respiratoria _____ min | Saturación de Oxígeno _____ % | Patrón de la radiografía | |
| | | Alveolar/Consolidación <input type="checkbox"/> Atelectasia <input type="checkbox"/> Broncograma aéreo <input type="checkbox"/> | |
| | | Derrame pleural <input type="checkbox"/> Infiltrado intersticial <input type="checkbox"/> | |
| | | Otro <input type="checkbox"/> Especificar _____ | |

Evolución, estado del paciente 1=Si 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= Multiple, Sepsis 4= Otra Neumonía 5= Otra Meningitis
6= Otro
99 = Desconocido

Fecha de egreso

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

Toma de Muestra
1=Si 2=No Fecha =

Hemocultivo 1 ☐

Fecha

Hora:

Hemocultivo 2 ☐

Fecha

Hora:

Líquido pleural ☐

Fecha

Hora:

Resultados
1=Si 2=No Fecha =

Hemocultivo Fecha:

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Otra bacteria:

Gram de Hemocultivo Fecha:

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Otra bacteria:

PCR de Hemocultivo Fecha:

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Otra bacteria:

Cultivo de líquido pleural

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Fecha:

Otra bacteria:

Gram de líquido pleural

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Fecha:

Otra bacteria:

PCR de líquido pleural

Spn ☐ Hi ☐ Nm ☐ Negativo ☐ Serotipo/serogrupo:

Fecha:

Otra bacteria:

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

Confirmado Hi ☐ Confirmado Spn ☐ Confirmado Otra ☐ Probable ☐ Inadecuadamente investigado ☐

Descartado ☐

NOTA:

Investigador:

Nombre: Cargo: Firma y sello:

Correo electrónico. Teléfono / Celular

Fecha de Investigación:

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.