



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

MENINGOENCEFALITIS
MENINGOCOCCEMIAS



1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____
 Edad: _____ Sexo: M [] F [] Localidad: _____ Departamento: _____
 Domicilio: _____ Provincia: _____
 Establecimiento notificador: _____ Teléfono: _____
 Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

2. DATOS CLINICOS

Fecha de Inicio de los Sintomas: ____ / ____ / ____ ← **Dato Importante para acciones de vigilancia**
 Fecha de consulta: ____ / ____ / ____

Fecha de Internación: ____ / ____ / ____ BCG: Si [] No []
 Fecha de Aplicación: ____ / ____ / ____ Foco Bacilifero: Confirmado [] Sospechoso [] Ignorado: []
 Diagnostico presuntivo: _____ ↑ (Colocar en caso de sospecha Meningitis TBC)

3. LABORATORIO

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

Fecha 1° PL: ____ / ____ / ____ Antibióticos antes de la 1° PL: ____ / ____ / ____ Glucorraquia: _____
 Aspecto del LCR: Claro [] Opalescente [] Purulento [] Sanguinolento [] Proteínas: _____
 Laboratorio efector: _____ Glucemia: _____
 Cantidad de celular/mm³: _____ % Polimorfonucleares: _____ % Mononucleares: _____ %
 Otro material enviado: Sangre [] Raspado Petequias []

HEMOCULTIVO -HC- (en caso de meningococcemia)

Fecha de extracción: ____ / ____ / ____ N° de Frascos [] ATB antes de HC: SI [] NO []
 Laboratorio Efector: _____
 Otro material enviado: Raspado petequias [] Orina [] Otros: _____

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO

Metodos Rapidos utilizados: CIE [] Látex []
 Bacteriología: Frotis: _____
 Cultivo e identificación del germen: _____
 Serotipo: _____
 Antibiograma: _____

EVOLUCIÓN

Curado: Sin secuelas [] Con secuelas [] Tipo de secuelas: _____
 Fallecido: Si [] No [] Fecha: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Identificación de los contactos convivientes en el mismo domicilio del caso:

N° de Orden	Nombre y Apellido	Edad	Sexo	Quimioprofilaxis

Firma y Sello del Médico: _____