

ANEXO I

FICHA DE ANTICIPO DE CASO DE MENINGOENCEFALITIS

Nombre y Apellido: .....
Fecha de Nacimiento:..... Fecha de Ingreso al Servicio de Salud:.....
Domicilio (Dirección y localidad):.....
Fecha de Inicio de Síntomas:.....
Signos y Síntomas, Antecedentes de vacunación (si corresponde) .....
.....
Estudios de Laboratorio (L.C.R., otros) .....
.....
DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:.....
ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR: .....
DOMICILIO (Dirección y Localidad): .....
.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: .....

**FICHA DE INVESTIGACION DE CASO DE MENINGOENCEFALITIS**

**DATOS DE IDENTIFICACION DEL CASO**

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

Fecha de Nac.: ..... SEXO: ..... DOCUMENTO: (TIPO Y Nro): .....

**DOMICILIO (Dirección y Localidad):** .....

Lugar de residencia en los últimos 30 días: .....

**ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**

Esquema (sólo si corresponde): Completo: ..... Incompleto: .....

Fecha de última vacuna aplicada: / / Cuál? .....

**DATOS CLINICOS**

Fecha de Inicio de Síntomas: / /

Fecha de consulta: / /

**SIGNOS Y SINTOMAS**

Cefalea		Convulsiones	
Fiebre/hipotermia		Alteraciones del sensorio/coma	
Fotofobia		Petequias/trast. Hemorrágicos	
Vómitos/diarreas		Fontanela abombada	
Rigidez de nuca		Exantemas/estomatitis/vesiculas	

**DERIVACIÓN:**

FECHA: / / INSTITUCIÓN QUE DERIVA: .....

Motivo de Derivación: .....

EPICRISIS: .....

Antibioticoterapia previa a la internación:

¿Cuáles? .....  SI/NO

Fecha / /

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picadura de insectos: SI/NO</li> <li>• Contacto con aves domésticas o silvestres muertas: SI/NO</li> <li>• Viajes: SI/NO DONDE: .....</li> </ul>	
Antecedentes de madre portadora de <i>St. agalactiae</i>	
Brote: SI/NO	
Lugar	Domicilio
Comunidad	
Domiciliario	
Institucional	
BLOQUEO: SI/NO	
<u>RESULTADOS DE LABORATORIO</u>	
Glucemia previa a P.L.: .....	
L.C.R.: (Fecha de toma de muestra: ...../...../.....)	
Características físicas: Claro: ..... Turbio: .....	
Ex. Químico: Glucosa: ..... Proteínas: .....	
Celularidad: ..... P.M.N.: ..... M.N.: .....	
CoA(T.D.R.): ..... CULTIVO: .....	
ATB: .....	
Hemocultivo: .....	
<u>TRATAMIENTO</u>	
.....	
.....	
<u>EVOLUCION</u>	
Sin secuela aparente: ..... Con secuela: ..... Óbito: .....	
Médico Tratante: ..... Institución: .....	
.....	