



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRESA - LIMA

MENINGITS MENINGOCOCICA

Ficha de Investigación Epidemiológica

FECHA
CASO



CASO SOSPECHOSO: : Todo caso con aparición súbita de fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$ rectal o $>38,0^{\circ}\text{C}$ axilar) y uno o más de los siguientes síntomas y signos: rigidez del cuello., alteración de la conciencia, otro signo meníngeo o erupción cutánea petequeal o purpúrica.
CASO CONFIRMADO: Caso probable con detección de antígenos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o cultivo positivo a *Neisseria meningitidis* o nexo epidemiológico a un caso confirmado durante una epidemia..

I. FUENTE DE INFORMACION:

1. TIPO: 2. FUENTE

NOTIFICACION DE RUTINA: SI NO MEDICO:..... ENFERMERA:

BUSQUEDA ACTIVA: SI NO TEC. SANITARIO:..... OTRO:

NOMBRE DEL INFORMANTE:
DIRECCION CON REFERENCIA:
ESTABLECIMIENTO DE SALUD :

II. DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES:

LOCALIDAD:
DISTRITO:
EDAD : SEXO: M F
OCUPACION: LUGAR DE TRABAJO.....

DOMICILIO:
PROVINCIA:
REFERENCIA PARA UBICAR
SUB REGION:

III. INFORMACION CLINICA

DIAGNOSTICO INICIAL: SOSPECHOSO () CONFIRMADO () CONFIRMADO ()

FECHA DE INICIO DE LOS SINTOMAS :
FECHA DE CONOCIMIENTO DEL CASO:

1. MANIFESTACIONES CLINICAS: MARCAR LO QUE CORRESPONDA : (SI) (NO) (IGN)

FIEBRE MAYOR DE 38.5 : () ANOREXIA () NAUSEAS ()
VOMITOS : () RIGIDEZ DE NUCA () CEFALEA ()

ACTIVIDAD : HIPOACTIVO () NORMAL () HIPERACTIVO ()

PARALISIS DE PARES CRANEALES: ()

ESTADO DE CONCIENCIA : Lúcido (), consufo (), coma () CONVULSIONES

PETEQUIAS () TRATAMIENTO PREVIO:

OTROS :

2. COMPLICACIONES: Sordera: (SI) (NO) (IGN) OTRAS:

1. EXAMEN FISICO: Signos Meníngeos:

FONTANELA: PIEL

OTROS:

2. DIAGNOSTICO DE INGRESO:

3. ATENCION: Atendido por: MEDICO () ENFERMERA () TEC. SANIT. ()

OTRO: ()

HOSPITALIZADO: (SI) (NO) (IGN) FECHA DE HOSPITALIZACION: HORA:

HISTORIA CLINICA:

NOMBRE DEL HOSPITAL: TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

CONDICION DEL ALTA: FECHA DEL ALTA: FALLECIDO (SI) (NO) (IGN)

FECHA DE DEFUNCION:

IV. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO

1. POSIBLES FUENTES DE CONTAGIO:
Viajó en los 15 días antes del inicio de la Enfermedad : SI () NO () IGN ()
Visitas recibidas 15 días antes de inicio de enfermedad : SI () NO () IGN ()
Hay otro caso en la zona SI () NO () IGN ()
Estuvo hospitalizado 15 días antes: SI () NO () IGN ()
2. CONTACTOS DEL DOMICILIO
a.
b.
c.
d.
e.
f.
g.
3. OTROS CONTACTOS: Anotar lugar y nombre de escuela, trabajo, cuartel, etc.
a.
b.
c.
d.
e.
f.
g.

V. MEDIDAS DE CONTROL

1. Tratamiento al caso: PENICILINA () CLORAMFENICOL ()
Otro:
2. Quimioprofilaxis de contactos: En la familia: RIF () SULFADIAZIMA () CIPROFLOXACINA () COTRIMOXAZOL ()
Otro:
3. Educación Sanitaria:

VI. LABORATORIO: Gram y cultivo a nivel local. Muestras positivas remitidas al INS (Cápac Yupanqui 1400 – Jesús María, Lima para diagnóstico de serogrupo.

1. Exudado nasofaringeo: SI () NO () RESULTADO: 2. Sangre: SI () NO () RESULTADO:
3. LCR. : SI () NO () RESULTADO: 4. HEMOCULTIVOS: SI () NO () RESULTADO:
5. PETEQUIAS: SI () NO () RESULTADO:
6. REMITIDO AL INS: NO () SI () FECHA: SEROGRUPO: A () B () C ()
SUB TIPO : OTRO: FECHA:
7. RESISTENCIA A ANTIBIOTICOS:
8. OTRO :

VII. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

1. CONFIRMADO : 2. DESCARTADO:
3. OTRO DIAGNOSTICO :

VIII. INVESTIGADOR

NOMBRE :
CARGO :
ESTABLECIMIENTO :
DIST/PROV/SUB REGION :
FECHA:
FIRMA:.....