

¹Definición de caso

Caso Sospechoso: toda persona que comience con un cuadro febril de inicio repentino, acompañado de cefalea, vómito, fotofobia, sonofobia, rigidez de nuca, y/o alteración de la conciencia, y/o que se acompañe con alteración del análisis fisicoquímico del LCR.

En caso de sospecha de meningitis a N meningitidis o H Influenzae tipo b realizar quimioprofilaxis a contactos íntimos dentro de las primeras 24 horas de la sospecha del caso índice.

Caso Probable: caso sospechoso con algún análisis de laboratorio (incluido el fisicoquímico) del LCR o serología orientativo de la etiología pero no confirmatorio.

Caso Confirmado: caso probable con aislamiento del microorganismo (cultivo, PCR) o serología positiva (aumento al cuádruple de títulos o seroconversión). En el caso de no poder aislar el microorganismo se confirma con la clínica, epidemiología y el laboratorio del LCR.

² Cuando el agente es un meningococo e invade el torrente sanguíneo.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: M () F () DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____ Urbano () Rural ()

Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLÍNICOS

Fecha de consulta ____ / ____ / ____ Fecha de inicio de los síntomas ____ / ____ / ____

Diagnóstico presuntivo _____

Fiebre () Fotofobia () Alteración de la conciencia () Cefalea () Sonofobia () Vómitos ()

Síntomas gastrointestinales () Rigidez de nuca () Erupción cutánea () Alteración del sensorio ()

4. DATOS DE VACUNACIÓN

Cuádruple Si () No () Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____ / ____ / ____

Pentavalente Si () No () Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____ / ____ / ____

Antimeningocócica Si () No () Nº de dosis _____ Fecha última ____ / ____ / ____

Neumocócica Si () No () Nº de dosis _____ Fecha última dosis ____ / ____ / ____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿Estuvo en contacto con un caso sospechoso de meningitis o con una persona con síntomas similares a la del caso? Sí () No () N/S – N/C ()

¿Quién? _____

¿Tuvo conocimiento de algún otro caso de meningitis? Sí () No () N/S – N/C ()

¿Viajó en los últimos 30 días? Sí () No () N/S – N/C () Lugar: _____

¿Estuvo expuesto a mosquitos en las últimas semanas? Sí () No () N/S – N/C ()

¿Asiste a alguna institución? Sí () No () N/S – N/C ()

Domicilio laboral/ escolar: _____

Otros antecedentes relevantes: inmunodeprimido () - traumatismo de cráneo () - otitis () - enfermedades de base ()

¿Cuál/les? _____

Otros antecedentes de interés: _____

6. SOSPECHA CLINICA - EPIDEMIOLOGICA

Enumere virus sospechados indicando prioridad:

Enterovirus ARN PCR () - Citomegalovirus () - Epstein Barr PCR () - Herpes Virus tipo I/II PCR ()

Mycoplasma Pneumoniae PCR () - Varicela Zoster PCR () - Arbovirus (ESL / VNO) ()

Otro (especifique): _____

DEBERÁ JUSTIFICAR SOLICITUD ADJUNTANDO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

7. DATOS DE LABORATORIO

LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

Fecha primera punción lumbar(PL) ___/___/___ Antibióticos antes de la PL : Sí () No ()
 Aspecto del LCR: Claro () - Purulento () - Sanguinolento () - Opalescente ()
 Cantidad de células /mm³: _____ PMN: _____% MN: _____ %
 Glucosa(mg%): _____ Proteínas(mg%): _____ Pandy: _____
 Laboratorio Efector: _____

HEMOCULTIVO (en caso de MENINGOCOCCEMIA)

Fecha de extracción: ___/___/___ N° de frascos: _____ Antibióticos antes de la extracción: Sí () No ()

8. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO (LOCAL)

Tipo de muestra	Fecha	Técnica	Resultado
LCR		Serología	
		Examen directo	
		Cultivo Bacteriológico/Identificación	
		Antibiograma	
HEMOCULTIVO		Cultivo/Identificación	
		Antibiograma	

9. EXÁMENES DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Fecha	Lugar enviado	Resultado	Técnica (Serología, PCR, Cultivo Viroológico)
LCR				
Suero				

10. ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL

N°orden	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Sexo	Quimioprofilaxis

11. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Sí () - No () - Se ignora () Fecha hospitalización: ___/___/___
 Complicaciones () Secuelas () Fallecido () Fecha: ___/___/___ Desconocido ()
 Clasificación Final: Caso confirmado () Caso descartado ()