

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES INVASIVAS-2018

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: EDAD: AÑOS MESES DÍAS

RESIDENCIA ACTUAL: _____ MASC. FEM.

CALLE: _____ NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: LADA: _____ - _____

II. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLUES: _____

NOMBRE DE LA PRIMERA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

DOMICILIO: _____

CLUES: _____

NOMBRE DE LA SEGUNDA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLUES: _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: DÍA MES AÑO

NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: DÍA MES AÑO

FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: DÍA MES AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: DÍA MES AÑO

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: DÍA MES AÑO

IV. DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO INICIAL: 1=MENINGITIS, 2= MENINGOCOCCEMIA, 3= NEUMONIA

V. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROCEDECIA: LOCAL FORÁNEO

HA VISITADO LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 10 DÍAS: SI NO FECHA EN QUE VISITÓ: DÍA MES AÑO

PAÍS: _____ ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES: SI NO FECHA DE CONTACTO: DÍA MES AÑO

ACUDE A UNA GUARDERÍA, ESCUELA U OTRO: SI NO ESPECIFIQUE: _____

PADECE/PADECIÓ DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA: SI NO ¿CUÁL?: _____

VI. ANTECEDENTES VACUNALES

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA, 2=VERBAL, 9=SE DESCONOCE, 4=OTRO(ESPECIFIQUE)

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA

VACUNA PENTAVALENTE ACELULAR	<input type="text"/>	Dosis:	_____	Fecha de última dosis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VACUNA NEUMOCOCO CONJUGADA 13 VALENTE	<input type="text"/>	Dosis:	_____	Fecha de última dosis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VACUNA NEUMOCOCO 23 VALENTE	<input type="text"/>	Dosis:	_____	Fecha de última dosis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VACUNA CONJUGADA PARA MENINGOCOCO Y/O MONOVALENTE	<input type="text"/>	Dosis:	_____	Fecha de última dosis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VII. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: DÍA MES AÑO

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA

FIEBRE: CANTIDAD: °C MALESTAR SÚBITO: POSTRACIÓN:

DATOS DE CHOQUE:	SX HEMORRÁGICO:	DATOS NEUROLÓGICOS:	
FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	
TAQUICARDIA <input type="text"/>	PETEQUIAS <input type="text"/>	RECHAZO AL ALIMENTO <input type="text"/>	CONVULSIONES <input type="text"/>
PALÍDEZ <input type="text"/>	HEMORRAGIA <input type="text"/>	VÓMITOS <input type="text"/>	LETARGIA <input type="text"/>
HIPOTENSIÓN ARTERIAL <input type="text"/>		NÁUSEAS <input type="text"/>	ALTERACIÓN DEL HABLA <input type="text"/>
OLIGURIA <input type="text"/>		CEFALEA <input type="text"/>	AFECTACIÓN DE PARES CRANEALES <input type="text"/>
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="text"/>	ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA <input type="text"/>
		IRRITABILIDAD <input type="text"/>	FONANELA ABOMBADA <input type="text"/>
		RIGIDEZ DE NUCA <input type="text"/>	KERNING <input type="text"/>
DATOS DE NEUMONIA:			BRUDZINSKI <input type="text"/>
FECHA DE INICIO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	TOS <input type="text"/>	DISNEA O DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="text"/>	CIANOSIS <input type="text"/>
	TAQUIPNEA <input type="text"/>	EXPECTORACIÓN MUCOPURULENTE <input type="text"/>	ESTERTORES <input type="text"/>
		TRAJE INTERCOSTAL <input type="text"/>	

