

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: _____

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:

--	--	--

NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN:

--	--	--

FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

--	--	--

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:

--	--	--

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:

--	--	--

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:

--	--	--

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

HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES: SI NO FECHA DE CONTACTO:

--	--	--

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	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Dosis: _____	Fecha de última dosis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
VACUNA NEUMOCOCO CONJUGADA 13 VALENTE	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Dosis: _____	Fecha de última dosis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
VACUNA NEUMOCOCO 23 VALENTE	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Dosis: _____	Fecha de última dosis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
VACUNA CONJUGADA PARA MENINGOCOCO Y/O MONOVALENTE	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		Dosis: _____	Fecha de última dosis: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

VII. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS:

--	--	--

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

FIEBRE:

--

 CANTIDAD:

--

 °C MALESTAR SÚBITO:

--

 POSTRACIÓN:

--

DATOS DE CHOQUE: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		SX HEMORRÁGICO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		DATOS NEUROLÓGICOS: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>							
FECHA DE INICIO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				FECHA DE INICIO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				FECHA DE INICIO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
TAQUICARDIA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		PETEQUIAS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		RECHAZO AL ALIMENTO <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>							
PALÍDEZ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		HEMORRAGIA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		VÓMITOS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>							
HIPOTENSIÓN ARTERIAL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>			NÁUSEAS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>								
OLIGURIA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>			CEFALEA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>								
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		IRRITABILIDAD <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		RIGIDEZ DE NUCA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
DATOS DE NEUMONIA: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		TOS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		DISNEA O DIFICULTAD RESPIRATORIA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>							
FECHA DE INICIO: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				TAQUIPNEA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>		EXPECTORACIÓN MUCOPURULENTE <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>					
		TRAJE INTERCOSTAL <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		CONVULSIONES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		LETARGIA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		ALTERACIÓN DEL HABLA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		AFECTACIÓN DE PARES CRANEALES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ALERTA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		FONANELA ABOMBADA <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		KERNING <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		BRUDZINSKI <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		CIANOSIS <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
		ESTERTORES <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									

VIII. MANEJO ANTIMICROBIANO

ANTIBIÓTICO (ESQUEMA DE TRATAMIENTO)

1) _____
 2) _____
 3) _____
 4) _____
 5) _____
 6) _____

FECHA DE INICIO:

FECHA DE TÉRMINO:

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

IX. LABORATORIO CLÍNICO/GABINETE

ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO*:

FECHA DE TOMA: DÍA MES AÑO ASPECTO: _____ CÉLULAS: _____ mm³ LEUCOS: _____ % LINFOS: _____ % PMN: _____ % ILUCOSA: _____ mg/dl

*PROTEÍNAS: _____ mg/dl BACTERIAS: _____ TINCIÓN DE GRAM: _____ AGLUTINACIÓN DE LATEX: _____

RADIOGRAFÍA DE TORAX: _____ FECHA: DÍA MES AÑO DIAGNÓSTICO: _____

X. MUESTRAS DE LABORATORIO

FECHA DE TOMA FECHA DE RESULTADO DEL HOSP FECHA DE ENVÍO AL LESP FECHA DE RECEPCIÓN AL LESP FECHA DE RESULTADOS DEL LESP

*TIPO DE MUESTRA: DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

*1=LCR, 2=SANGRE, 3=LESIONES PETEQUIALES, 4=CEPA, 5=LÍQUIDO PLEURAL, 6=ESPUTO, 7= OTRO

FECHA DE ENVÍO AL INDRE FECHA DE RECEPCIÓN AL INDRE FECHA DE RESULTADOS DEL INDRE

*TIPO DE MUESTRA: DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

TINCIÓN DE GRAM: _____ FECHA DE RESULTADO: DÍA MES AÑO RESULTADO: _____ DIAGNÓSTICO INDRE: _____ RESULTADO INDRE: _____

PRUEBA	SI	NO	FECHA DE RESULTADO			RESULTADO			SERO GRUPO	OTRA BACTERIA	DIAGNÓSTICO INDRE	FECHA		
			DÍA	MES	AÑO	HI	Sp	Nm				DÍA	MES	AÑO
AGLUTINACIÓN EN LATEX														
CULTIVO LCR														
CULTIVO SANGRE														

PRODUCCIÓN DE BETA-LACTAMASA: POSITIVO NEGATIVO

SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA: ESPECIFIQUE EL MÉTODO UTILIZADO _____

CONCENTRACION INHIBITORIA MÍNIMA (CIM) E-Test		
ANTIBIÓTICO	LECTURA (mg/dl)	Resultado*
CIM PENICILINA		µg/mL

XI. DIAGNÓSTICO FINAL

DIAGNÓSTICO FINAL: 1=MENINGITIS, 2= MENINGOCOCEMIA, 3= NEUMONÍA, 4=OTRO(ESPECIFIQUE)

XI. ESTUDIO DE CONTACTOS

NÚMERO DE CONTACTO	NOMBRE DEL CONTACTO	EDA D	SEXO (1. MASC, 2. FEM)	CONTACTO: (I. (INTRADOMICILIARIO), E. (EXTRADOMICILIARIO))	PROFILAXIS SI=1, NO=2	ANTIBIÓTICO	DÍAS DE ANTIBIÓTICO,	RELACIÓN CON EL CASO

XII. SEGUIMIENTO

EVOLUCIÓN SANO: CONVALESCENTE: DEFUNCIÓN: FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO

FUE HOSPITALIZADO: SI NO FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO FECHA DE EGRESO: DÍA MES AÑO

ALTA POR MEJORÍA: ALTA POR DEFUNCIÓN: FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO FOLIO: _____ CAUSA BÁSICA: _____

XIII. CLASIFICACIÓN

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN: 1=LABORATORIO, 2=CLÍNICA SIN RESULTADO DE LABORATORIO, 3=ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CLASIFICACIÓN FINAL: CASO CONFIRMADO ESPECIFIQUE AGENTE: _____ CASO DESCARTADO FECHA DE CLASIFICACIÓN FINAL: DÍA MES AÑO

XIV. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: _____

XV. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____
 MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____
 MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: _____ LADA: _____