

52. Medidas de Intervención (Prevención y Control) _____

53. Fecha Inicio de Primeros Síntomas D/M/A/ _____ __AM __PM 54. Fecha de Atención Médica con Sospecha de Enfermedad Meningitis: D/M/A/ _____ __AM __PM
55. Clínica al ingreso :

Signos y síntomas	NO	SI	Fecha de inicio D/M/A	Signos y síntomas	NO	SI	Fecha de inicio D/M/A
Fiebre				Shock			
Cefalea				Rigidez de nuca			
Nauseas				Signo de Brudzinki			
Vómito				Signo de Kerning			
Astenia				Petequias			
Fatiga				Esquimosis			
Estupor			Otros _____	Especifique: _____			Fecha de inicio D/M/A/ _____

Laboratorio Clínico al Ingreso :

56. Fecha toma de Muestra: D/M/A _____	57. Resultados y Fecha: D/M/A _____
Hemoglobina:	
Hematocrito:	
Cuenta Blanca:	
% Segmentados:	
% Eosinófilos:	
% Linfocitos :	
% Monocitos:	
G.B x mm3	
% Neutrófilos:	
Proteína:	
Glucosa:	
58. Líquido Céfalo Raquídeo (L.C.R): Aspecto: Claro ___ Turbio ___ Sanguinolento ___ Desconocido ___ Citoquímica _____ Proteína _____ Celularidad _____ Glucosa _____ Hematíes _____ Otros _____	

59.. Laboratorio Bacteriológico	Fecha de Toma de Muestra	Cultivo
Líquido Cefalorraquídeo (L.C.R).		
Sangre		
Aspirado de Petequias		

60. Coloración de GRAM : _____ Examen Directo : Leucocitos _____ Hematíes _____

61. Si no tomó la muestra de laboratorio Explique las causas: _____

62. Resultado de cultivo

Tipo de Aislamiento: BACTERIAS () VIRUS () HONGOS () PARASITOS ()	Fecha de Resultado D/M/A _____
Tipo de muestra	
Germen Aislado	
Serotipo	
Sensible a :	
Resistente a :	63. Cepa enviada al Instituto Nacional de Higiene : NO — SI — Fecha de envío : (D/M/A) _____

Diagnóstico:

64. Clasificación final del caso: Confirmado: _____ Probable: _____ Sospechoso: _____
Inadecuadamente Investigado: _____ Confirmado por Clínica: _____ Descartado: _____

65. Epidemiológica: Esporádico _____ Brote Local _____ 66. Caso Índice: NO _____ SI _____

67. Posición en Brote: Primario _____ Comprimario _____ Secundario _____

Tratamiento y Evolución:
68. Número de Historia Clínica: _____ Ingresó al hospital: NO _____ SI _____
69. Fecha de Ingreso D/M/A _____ N° de cama _____ Servicio _____ 70. Fecha de egreso D/M/A _____ 71. Fecha de Alta D/M/A _____
72. Fecha de Alta Epidemiológica D/M/A _____ 73. Tratamiento con: _____
74. Complicaciones: _____
75. Secuelas : _____
76. Condición al Egreso : Curación _____ Fuga _____ Contra Opinión Médica _____ Traslado _____ Muerte _____ 77. Fecha de Defunción (D/M/A) _____ 78. N° Certificado Defunción _____

79. Observaciones de Interés (PUEDE ANEXAR INFORMES): _____

80. Fecha de declaración del caso	81. Médico (a) tratante:	82. Enfermera (o) que declara el caso:	83. Establecimiento de Salud y Telf.:
-----------------------------------	--------------------------	--	---------------------------------------

84. Nombre y Apellido del Epidemiólogo/a Regional:	85. Firma: _____ Fecha D/M/A _____
--	------------------------------------



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACION
MENINGITIS BACTERIANA, VIRAL,
MICOTICA Y PARASITARIA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACION FICHA DE INVESTIGACION
MENINGITIS BACTERIANA, VIRAL, MICOTICA Y PARASITARIA

Instrucciones Generales:

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos

1. Registrar el número de caso o Historia.
2. Registrar la fecha de elaboración según formato D/M/A.
3. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar en el espacio correspondiente el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Registrar en el espacio correspondiente el código asignado al estado.
8. Registrar en el ovalo correspondiente la fuente de notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cedula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente, según la nacionalidad de la persona (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada.
17. Marcar en el ovalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda la persona afectada.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a que pertenece la persona afectada.
19. Marcar una "X" en el ovalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra la persona; afectada I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).
20. Registrar en el espacio correspondiente los años aprobados en el último nivel educativo cursado por la persona afectada
21. Marcar con una "X" en el ovalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal de la persona afectada para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.

22. Indicar en el espacio correspondiente la profesión que desempeña la persona afectada.
23. Indicar en el espacio correspondiente la ocupación que desempeña la persona afectada.
24. Registrar en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se presento el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde se presento el caso.
26. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada.
27. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
28. Registrar el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada.
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
30. Indicar Urbanización ./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Indicar Avenida./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona. Afectada.
32. Indicar Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona. afectada.
33. Escribir el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona. Afectada
34. Escribir en el espacio correspondiente el número de teléfono fijo donde habita la persona afectada.
35. Indicar el número de teléfono celular donde pueda ser ubicado la persona afectada.
36. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
37. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre o representante en caso de que la persona sea menor de edad.
38. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato (D/M/A).
39. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de Denuncia o Notificación del caso (D/M/A) según formato, y N° de semana epidemiológica.
40. Registrar en el espacio correspondiente el lugar probable de exposición.
41. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente donde se captó la condición de sospecha.
42. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si el caso esta relacionado con comunidad cerrada o no.

43. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el tipo de comunidad cerrada en caso de ser afirmativo la respuesta anterior y en caso de otro registrar en especificar.
44. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si existe o no, relación a antecedentes familiares, hacinamientos familiar, contacto con caso similares ,así como identificación de contacto.
45. Registrar en el espacio correspondiente la probable fuente de infección.
46. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si hubo uso o no de antibióticos en la última semana.
47. Registrar en el espacio correspondiente en caso de ser la respuesta anterior afirmativa los nombres de los antibióticos.
48. Registrar en el espacio correspondiente la vía de administración de los antibióticos, así como la fecha de la primera y última dosis.
49. Marcar con una equis ("X") en los espacio correspondiente a cada vacuna en mención, si fue o no administrada y en caso de ser administrada registrar la primera dosis así como la fecha de la ultima dosis según formato (D/M/A).
50. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si la persona afectada presenta o no certificado de Vacunación:
51. Registrar en el espacio correspondiente en relación a investigación de contacto nombre y apellido , marcar con una equis ("X") el sexo correspondiente ,registrar la edad ,ocupación ,marcar con una equis ("X") el tipo de contacto ,registrar el tipo y dosis de quimioprofilaxis y marcar con una equis ("X") la presencia o ausencia de aislamiento.
52. Registrar en el espacio correspondiente las medidas de intervención (Prevención y control).
53. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de primeros síntomas según formatos (D/M/A) y hora.
54. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica con sospecha de enfermedad meningitis según formatos (D/M/A) y hora.
55. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente, la ausencia o presencia de signos y síntomas, así como la fecha de inicio según formatos (D/M/A) y en caso de otros registrar en especificar.
56. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de toma de muestra según formatos (D/M/A).
57. Registrar en el espacio correspondiente resultados y fecha según formatos (D/M/A).
58. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el aspecto, y registrar la: citoquímica, proteína, celularidad, glucosa ,hematíes, de el liquido céfalo raquídeo y en caso de otro registrar.
59. Registrar en el espacio correspondiente, según formato (D/M/A), la fecha de toma de muestra y cultivo de líquido cefalorraquídeo (L.C.R.), sangre y aspirado de petequias.
60. Registrar en el espacio correspondiente resultado de la coloración de GRAM.

61. Registrar en el espacio correspondiente en caso no haber podido tomar la muestra, las razones por la que no efectuaron las tomas de estas.
62. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente el tipo de aislamiento, y registrar fecha de resultado según formatos (D/M/A) , tipo de muestra ,germen aislado ,serotipo , sensibilidad y resistencia.
63. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente si fue enviada o no la cepa al Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" y registrar la fecha de envío según formato (D/M/A).
64. Marcar con una equis ("X") en el espacio correspondiente la clasificación final del caso.
65. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si el caso es esporádico o local .
66. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si es caso índice o no.
67. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la posición en brote.
68. Registrar en el espacio correspondiente el número de historia clínica y marcar con una equis ("X") si ingresó o no al hospital .
69. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de ingreso según formato (D/M/A), N° de cama, y servicio .
70. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de egreso según formato (D/M/A) .
71. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta según formato (D/M/A).
72. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de alta epidemiológica según formato (D/M/A).
73. Registrar en el espacio correspondiente el tratamiento prescrito.
74. Registrar en el espacio correspondiente las complicaciones presentadas .
75. Registrar en el espacio correspondiente las secuelas presentadas .
76. Marcar con una "X" en el espacio correspondiente la condición al egreso
77. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de defunción según formato (D/M/A).
78. Registrar en el espacio correspondiente el número del certificado de defunción.
79. Registrar en el espacio correspondiente observaciones de interés en relación al caso y anexar informe
80. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato (D/M/A).
81. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del médico tratante.
82. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera o enfermero que declara el caso.
83. Registrar en el espacio correspondiente Establecimiento de Salud y teléfono.
84. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del Epidemiólogo o Epidemióloga Regional.
85. Colocar firma del Epidemiólogo o Epidemióloga Regional y fecha según formato (D/M/A).

IV. DISTRIBUCIÓN DE CASOS E INFECTADOS EN EL TIEMPO

19.A continuación distribuya en el siguiente gráfico los casos e infectados según fecha de inicio de síntomas de casos o fecha diagnóstico de portador

Asociados	Semanas Epidemiológicas													
c.1														
c.2														
c.3														
c.4														
p.1														
p.2														
p.3														
p.4														
p.5														
p.6														
p.7														
p.8														

V. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL APLICADAS

20. Explique:

VI. CONFIRMACIÓN BACTERIOLOGICA

21. Nombre del Laboratorio:

22. Se enviaron cepas al Instituto Nacional de Higiene: n Si n No

VII. DATOS DE INTERES

23. Resaltar aspectos de importancia para el conocimiento epidemiológico y manejo de brotes.

VIII. RESPONSABLE DEL INFORME:

Nombre :

Cargo:

Fecha Elaboración: