

**ANEXO 1: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA DE CASO DE MENINGITIS BACTERIANA  
ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA Y ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE**

SEREMI REGION \_\_\_\_\_ SERVICIO SALUD \_\_\_\_\_  
 OFICINA PROVINCIAL \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_  
 SEMANA ESTADISTICA \_\_\_\_\_ FECHA NOTIFICACIÓN 


  
 FECHA VALIDACIÓN SEREMI 


  
 MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_  
 PERSONA QUE NOTIFICA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION DEL CASO**

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_  
 APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_  
 NOMBRES \_\_\_\_\_  
 RUT \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO 


  
 SEXO Femenino 


 EDAD 


 años meses días  
 Masculino 


  
 EMBARAZO SI 


 SEMANA DE GESTACIÓN \_\_\_\_\_  
 NO 


  
 OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Depto \_\_\_\_\_  
 Población, villa u otro \_\_\_\_\_ Ciudad o localidad \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Pertenencia declarada a algún pueblo originario \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Nº HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_ FECHA PRIMEROS SÍNTOMAS 


  
 FECHA PRIMERA CONSULTA 


 FECHA HOSPITALIZACIÓN 


  
 EST. HOSPITALIZACIÓN \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO DERIVACIÓN \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO DE INGRESO \_\_\_\_\_  
 CASO PRIMARIO 


  
 CASO SECUNDARIO 


 Nombre Caso primario \_\_\_\_\_  

VACUNACIÓN	SI	NO	Nº de dosis	Fecha
Hib				
Neumocóccica				
Otros				

**FALLECIDO** SI 


 NO 


  
 Fecha fallecimiento 


  
 Cuál \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LABORATORIO**

FECHA DE TOMA DE MUESTRA 


  
 LATEX Resultado \_\_\_\_\_  
 GRAM Resultado \_\_\_\_\_  
 CULTIVO LCR Resultado \_\_\_\_\_  
 HEMOCULTIVO Resultado \_\_\_\_\_  
 OTRO Resultado \_\_\_\_\_  
 Fecha de envío al ISP 


  
 Resultado ISP \_\_\_\_\_  
 Cultivo 


  
 Muestra LCR-PCR 


  
 Muestra de sangre 


**INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

FECHA TRATAMIENTO DE CONTACTOS

--	--	--

GRUPOS ESPECÍFICOS	Nº DE CONTACTOS	QUIMIOPROFILAXIS			
		Nº Cáp. Ciprofloxacino	Nº Frascos Rifampicina	Nº Cáp. Rifampicina	Vacuna HiB u otra
0 A 4 años					
5 A 17 años					
> 18 años					
Gestantes					
<b>TOTAL</b>					

No corresponde tto de contactos

Si corresponde, Institución donde se realizó el bloqueo \_\_\_\_\_

**Visita Epidemiológica**

Lugar	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Responsable

**Actividades Educativas**

Individual/Colectiva	Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Responsable

**CLASIFICACIÓN FINAL**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

DESCARTADO  
CONFIRMADO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Nexo Epidemiológico  
Clínica  
Biopsia  
Autopsia  
Laboratorio

Por Laboratorio:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Frotis  
Cultivo  
Serología  
RT-PCR  
Otros

**DIAGNÓSTICO Y CODIGOS CIE-10**

**ENFERMEDAD MENINGOC.**

MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	A39.0	<input type="checkbox"/>
MENINGOCOCCEMIA	A39.2	<input type="checkbox"/>
MENINGITIS Y MENINGOCOCCEMIA	A39.0	<input type="checkbox"/>
SD. WATERHOUSE-FRIDERICH	A39.1	<input type="checkbox"/>
OTRAS INF. MENINGOCÓCCICAS	A39.8	<input type="checkbox"/>
INF. MENINGOC. NO ESPEC.	A39.9	<input type="checkbox"/>

**MENINGITIS:**

NEUMOCÓCCICA	G00.1	<input type="checkbox"/>
LISTERIA MONOCYTOGENES	A32.1	<input type="checkbox"/>
ESTREPTOCÓCCICA	G00.2	<input type="checkbox"/>
ESTAFILOCÓCCICA	G00.3	<input type="checkbox"/>
OTRAS MENINGITIS BACT.	G00.8	<input type="checkbox"/>
BACT. NO ESPEC.	G00.9	<input type="checkbox"/>

**ENFERMEDAD INVASIVA por Haemophilus influenzae**

MENINGITIS por H. influenzae	G00.0	<input type="checkbox"/>
SEPTICEMIA por H. influenzae	A41.3	<input type="checkbox"/>
NEUMONIA por H. influenzae	J14.X	<input type="checkbox"/>

Agente: \_\_\_\_\_

**LOCALIZACIÓN**

Aplica en Enf. Meningocócica o Enf. Invasiva por H. influenzae

Meníngea	<input type="checkbox"/>
Articular	<input type="checkbox"/>
Pulmonar	<input type="checkbox"/>

Facial  
Epiglotis  
Bacteremia

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Sin foco definido  
Otra (especifique)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**PAIS DE CONTAGIO**

Chile	<input type="checkbox"/>
Extranjero	<input type="checkbox"/>

País \_\_\_\_\_

**Observaciones:**