

**DEFINICIÓN DE CASO**

**Caso confirmado:** ver Manual de Normas de vigilancia <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

**IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR**

Establecimiento notificador/a:..... Fecha de notificación: ..... / ..... / .....

Apellido y nombre del notificador/a:.....

Teléfono: ..... Correo electrónico: .....

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

Nombre y Apellido: ..... Tipo de documento ..... N° .....

Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento: ..... Localidad: .....

Domicilio: Calle / Manzana ..... N° ..... Piso ..... Depto.: ..... Cod.Postal:.....

Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: .....

Sexo legal: F  M  No Binario  Género: Varon cis  Varón trans  Mujer cis  Mujer trans  Desconocido  Otro

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha de Inicio de síntomas: ..... / ..... / ..... (ir a Signos y síntomas y otros antecedentes)

Fecha de consulta: ..... / ..... / ..... Establecimiento de 1ª consulta: .....

Fecha de Internación:..... / ..... / ..... Establecimiento internación: .....

Terapia Intensiva: SI  NO  Fecha internación UTI ..... / ..... / .....

Requerimiento de ARM: SI  NO  Fecha: ..... / ..... / .....

**Condición de alta o egreso**

Curado/Mejorado: SI  NO  Fecha alta médica ..... / ..... / ..... (ir a Secuelas)

Fallecido: SI  NO  Fecha de fallecimiento: ..... / ..... / ..... (ir a causa fallecimiento)

Crónico: SI  NO

**Secuelas**

Septicemia		Retraso psicomotor		Sordera neurosensorial	
Cuadriplejía espástica		Paresia de nervios periféricos o craneales			

**Causa fallecimiento**

Epilepsia		Shock		Coagulación intravascular diseminada (CID)	
-----------	--	-------	--	--	--

**SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES**

Náuseas		Confusión mental		Fontanelas abultadas	
Vómitos		Alternaciones motoras o sensitivas		Rigidez de nuca	
Vómitos incoercibles		Agitación		Signos de irritación meníngea	
Fotofobia		Irritabilidad		Petequias	
Cefalea intensa		Letargia		Equimosis	
Rechazo al alimento		Somnolencia		Púrpura	
Hiperventilación		Estupor		Otros	
Convulsiones		Coma			
Fiebre (mayor o igual a 38°)		Decaimiento			

**LABORATORIO**

**Establecimiento de toma de muestra:**  
.....

**Fecha de toma de muestra:** ...../...../.....

Líquido cefalorraquídeo (LCR)		Suero		Líquido articular	
Líquido pleural		Líquido pericárdico		Otros líquidos de punción	
Sangre entera		Aislado de Haemophilus influenzae		Aislado de Neisseria meningitidis	
Aislado de Streptococcus pneumoniae		Hisopado de fauces		Hisopado rectal	
Materia fecal					

**EPIDEMIOLOGÍA**

**Factores de riesgo/ Vías más probables de transmisión:**

Contacto con un caso similar : SI  NO  Lugar de contacto:.....

**Antecedente de vacunación**

Vacunación al día según esquema nacional				Fechas de vacunación (si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	Dosis recibidas/Fecha de última dosis
<b>Antimeningocócica</b>				
Grupo B				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Conjugada (ACYW)				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
<b>Antineumocócica</b>				
VPN23				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
VCN13				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
<b>Otras vacunas</b>				
Cuádruple Bacteriana (DPT - Hib)				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Pentavalente (DPT-HB -Hib)				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Vacuna triple viral (Sarampión rubéola y paperas)				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Vacuna Séxtuple acelular				Nro total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____

**CLASIFICACIONES DE CASO**

Caso probable de meningoencefalitis bacteriana		Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	
Caso confirmado de Meningoencefalitis viral – urliana		Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - enterovirus	
Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple		Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes		Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Streptococcus pyogenes</i>		Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Haemophilus influenzae</i>	
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Streptococco neumoniae</i>		Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - <i>Neisseria meningitidis</i>	
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana sin especificar agente		Meningoencefalitis secundaria	
Caso confirmado de meningitis fúngica		Caso confirmado de meningitis parasitaria	
Caso de meningitis inadecuadamente investigado		Meningoencefalitis sin agente etiológico identificado	

\*Las meningitis tuberculosa y meningoencefalitis por arbovirus deberán ser notificadas en los eventos específicos.

Fecha y aclaración notificador/a .....