



FICHA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Hospital		Profesional responsable					
E-mail		Teléfono					
Nº de Historia Clínica							
Datos filiatorios							
Nombre y Apellido							
Sexo legal	Femenino (F)	Masculino (M)	No Binario (X)				
Sexo al nacer	Femenino (F)	Masculino (M)	Indeterminado (I)				
Género	Mujer CIS	Varón CIS	Mujer Trans	TransVarón Trans	Desconocido Otro		
Edad		Fecha de nacimiento		DNI			
Domicilio			Localidad				
Provincia			Teléfono				
Concurre a jardín/escuela/Institución	Si	No					
Datos de vacunación							
Nº de dosis	Fecha de vacunación	Tipo de vacuna (cuádruple, pentavalente, quíntuple acelular, séxtuple acelular, monovalente) y marca			Lote		
1º dosis							
2º dosis							
3º dosis							
4º dosis							
Enfermedad actual							
Fecha de inicio de síntomas			Fecha de internación				
Forma clínica de presentación							
Meningitis		Neumonía con derrame		Sepsis/Shock séptico		Epiglotitis	
Neumonía		Bacteriemia		Artritis séptica		Celulitis	
Otros (especificar)							
Comorbilidades							



FICHA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Esplenectomía/ Asplenia		Enf. hematológica maligna		Enf. de células falciformes		Inmunodeficiencia primaria	
Tto. corticoideo altas dosis		Tto. inmunosupresor		HIV			
Otros (especificar)							

Ficha enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

Otros factores asociados							
Falta de lactancia por parte de la persona gestante	Concurrencia a jardín maternal		Nº de convivientes <4 años		Nº de convivientes ≥4 años		
Cultivos							
Sitio de aislamiento	Fecha	Sensibilidad antibiótica: Indicar en el casillero correspondiente S o R (S: sensible/ R: resistente)					
Hemocultivo		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
LCR		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Liq. Pleural	<input type="checkbox"/>	Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Liq. articular		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Otros (especificar)		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Tipificación	b otros capsulados cual _____ no tipable						
Evolución							
Cuidados intensivos	Días:	Asistencia respiratoria mecánica				Días:	
Alta sin secuelas	Fecha	Detallar secuelas :					
Alta con secuelas	Fecha						
Fallecimiento	Fecha						
Derivación	Fecha						