

074
DIRECTIVA SANITARIA N° - MINSA/CDC V. 01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE NEUMONÍAS Y MENINGITIS BACTERIANAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN HOSPITALES CENTINELA

Anexo 1

Ficha clínico, epidemiológica y laboratorial de neumonías bacteriana en niños y niñas menores de 5 años																															
HOSPITAL: _____	Historia clínica: _____																														
Caso sospechoso de neumonía: Toda niña/o menor de 5 años de edad hospitalizado con diagnóstico clínico de neumonía adquirida en la comunidad.	Fecha captación de caso ___/___/___																														
I. DATOS DEL PACIENTE (llenado por el médico tratante)																															
1. Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____ DNI: _____																															
2. Fecha de nacimiento: Día: ___ Mes: ___ Año: ___	3. Sexo: 3.1 <input type="checkbox"/> Masculino 3.2 <input type="checkbox"/> Femenino																														
4. Procedencia: 4.1 Departamento: _____ 4.2 Provincia: _____ 4.3 Distrito: _____																															
5. Dirección actual: _____	6. Teléfono: _____																														
7. Captación: 7.1 <input type="checkbox"/> Emergencia 7.2 <input type="checkbox"/> Hospitalización	8. Fecha inicio síntomas: ___/___/___																														
9. Diagnóstico de ingreso:	CIE 10																														
Dx. 1: _____	_____																														
Dx. 2: _____	_____																														
10. Antecedentes de vacunación: Tiene carné <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	1ª 2ª 3ª Fecha de última dosis																														
10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Si Dosis _____	___/___/___																														
10.2 Anti Meningocócica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Si Dosis _____	___/___/___																														
10.3 Anti Neumocócica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Si Dosis _____	___/___/___																														
11. Uso de antibióticos dentro de la última semana: 11.1 <input type="checkbox"/> Si 11.2 <input type="checkbox"/> No 11.3 <input type="checkbox"/> No sabe																															
¿Cuál? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Ambas																															
12. Si es "SI" ¿Cuál fue el antibiótico?																															
N° días de tx. _____ días	Fecha de última dosis ___/___/___																														
N° días de tx. _____ días	Fecha de última dosis ___/___/___																														
13. Obtención de muestra:																															
13.1 <input type="checkbox"/> Sangre Fecha de toma: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No																															
13.2 <input type="checkbox"/> Líquido Pleural* Fecha de toma: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (*si estuvo indicado)																															
II. RESULTADOS DE RADIOLOGÍA: Marque con una "X" si se detectó																															
14. Normal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14.1 Consolidado lobar <input type="checkbox"/> 14.2 Derrame pleural <input type="checkbox"/> 14.3 Broncograma aéreo <input type="checkbox"/>																														
15. Otros (describir): _____	16. <input type="checkbox"/> No se tomó Rx tórax																														
III. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE (Revisado por epidemiología)																															
17. Condición de egreso del paciente																															
17.1 <input type="checkbox"/> Alta médica 17.2 <input type="checkbox"/> Alta voluntaria 17.3 <input type="checkbox"/> Referido 17.4 <input type="checkbox"/> Fallecido	Fecha: ___/___/___																														
18. Diagnóstico de egreso:	CIE 10																														
Dx. 1: _____	_____																														
Dx. 2: _____	_____																														
Responsable: _____																															
IV. DATOS DE LABORATORIO (llenado por laboratorio)																															
19. Resultados	Describir morfología																														
19.1 Gram de hemocultivo <input type="checkbox"/> Gram + <input type="checkbox"/> Gram - _____																															
19.2 Gram de líquido pleural <input type="checkbox"/> Gram + <input type="checkbox"/> Gram - _____																															
19.3 Hemocultivo: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otra bacteria: _____ Fecha aislamiento ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo																															
19.4 Líquido pleural: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otra bacteria: _____ Fecha aislamiento ___/___/___ <input type="checkbox"/> Negativo																															
20. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Antibiótico</th> <th>Halo en mm</th> <th>Interpretación</th> <th>Antibiótico</th> <th>Halo en mm</th> <th>Interpretación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20.1 Ampicilina 10 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> <td>20.5 Rifampicina 5 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>20.2 Cloranfenicol 30 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> <td>20.6 Eritromicina 15 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>20.3 Oxacilina 1 µg</td> <td>_____</td> <td>SDP R</td> <td>20.7 Vancomicina 39 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>20.4 Cotrimoxazol 25 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> <td>20.8 Ceftriaxona 30 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> </tbody> </table>	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	20.1 Ampicilina 10 µg	_____	S I R	20.5 Rifampicina 5 µg	_____	S I R	20.2 Cloranfenicol 30 µg	_____	S I R	20.6 Eritromicina 15 µg	_____	S I R	20.3 Oxacilina 1 µg	_____	SDP R	20.7 Vancomicina 39 µg	_____	S I R	20.4 Cotrimoxazol 25 µg	_____	S I R	20.8 Ceftriaxona 30 µg	_____	S I R	
Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación																										
20.1 Ampicilina 10 µg	_____	S I R	20.5 Rifampicina 5 µg	_____	S I R																										
20.2 Cloranfenicol 30 µg	_____	S I R	20.6 Eritromicina 15 µg	_____	S I R																										
20.3 Oxacilina 1 µg	_____	SDP R	20.7 Vancomicina 39 µg	_____	S I R																										
20.4 Cotrimoxazol 25 µg	_____	S I R	20.8 Ceftriaxona 30 µg	_____	S I R																										
21. Fecha envío cepa al INS (aislamiento): ___/___/___	22. Fecha confirmación por INS: ___/___/___																														
	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Otra bacteria: _____ <input type="checkbox"/> Negativo																														
Responsable del Laboratorio: _____																															
Observaciones: _____	Firma y sello: _____																														
	Neumonía Bacteriana																														

074
DIRECTIVA SANITARIA N° - MINSA/CDC V. 01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE NEUMONÍAS Y MENINGITIS BACTERIANAS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN HOSPITALES CENTINELA

Anexo 2

I. Ficha clínica, epidemiológica y laboratorio de meningitis bacteriana en niños y niñas menores de 5 años																															
HOSPITAL: _____	Historia clínica: _____																														
Caso sospechoso de meningitis: Toda niña/o menor de 5 años hospitalizado con diagnóstico clínico de meningitis.	Fecha captación de caso: ___/___/___																														
II. DATOS DEL PACIENTE (llenado por el médico tratante)																															
1. Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____ DNI: _____																															
2. Fecha de nacimiento: Día: ___ Mes: ___ Año: ___ 3. Sexo: 3.1 <input type="checkbox"/> Masculino 3.2 <input type="checkbox"/> Femenino																															
4. Procedencia: 4.1 Departamento: _____ 4.2 Provincia: _____ 4.3 Distrito: _____																															
5. Dirección actual: _____ 6. Teléfono: _____																															
7. Captación: 7.1 <input type="checkbox"/> Emergencia 7.2 <input type="checkbox"/> Hospitalización 8. Fecha inicio síntomas: ___/___/___																															
9. Diagnóstico de ingreso: _____ CIE 10 _____																															
Dx. 1: _____	_____																														
Dx. 2: _____	_____																														
10. Antecedentes de vacunación: Tiene carné <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	10 20 30 Fecha de última dosis																														
10.1 Anti Hib (Pentavalente) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Sí Dosis: _____	___/___/___																														
10.2 Anti Meningocócica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Sí Dosis: _____	___/___/___																														
10.3 Anti Neumocócica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/> Sí Dosis: _____	___/___/___																														
11. Uso de antibióticos dentro de la última semana: 11.1 <input type="checkbox"/> Sí 11.2 <input type="checkbox"/> No 11.3 <input type="checkbox"/> No sabe																															
¿Cuál? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Ambas																															
12. Si es "Sí" ¿Cuál fue el antibiótico? _____ N° días de tx. _____ días Fecha de última dosis ___/___/___																															
_____ N° días de tx. _____ días Fecha de última dosis ___/___/___																															
13. Obtención de muestra: 13.1 <input type="checkbox"/> Sangre Fecha de toma: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															
13.2 <input type="checkbox"/> LCR Fecha de toma: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																															
III. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE (Revisado por epidemiología)																															
14. Condición de egreso del paciente: 14.1 <input type="checkbox"/> Alta médica 14.2 <input type="checkbox"/> Alta voluntaria 14.3 <input type="checkbox"/> Referido 14.4 <input type="checkbox"/> Fallecido Fecha: ___/___/___																															
15. Diagnóstico de egreso: _____ CIE 10 _____																															
Dx. 1: _____	_____																														
Dx. 2: _____	_____																														
Responsable: _____																															
IV. DATOS DE LABORATORIO (llenado por laboratorio)																															
16. Recepción de muestra: 16.1 <input type="checkbox"/> Sangre Fecha de recepción: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	17. Prueba de látex: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo																														
16.2 <input type="checkbox"/> LCR Fecha de recepción: ___/___/___ Cultivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especificar: _____																														
17. Resultados de aspecto físico, citoquímico y Gram (LCR)																															
17.1 Aspecto físico: <input type="checkbox"/> Cristal de roca <input type="checkbox"/> Turbio	17.2 Citoquímico: a. Glucosa: _____ d. Leucocitos: _____ b. Proteínas: _____ e. PMN: _____ c. Hematíes: _____ f. Mononucleares: _____																														
	17.3 Gram: <input type="checkbox"/> Gram + <input type="checkbox"/> Gram - Morfología: _____																														
18. Resultados: 18.1 LCR <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HI (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Dtra bacteria: _____ Fecha aislamiento ___/___/___ Neg.	Describir morfología																														
18.2 Hemocultivo: <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HI (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Dtra bacteria: _____ Fecha aislamiento ___/___/___ Neg.																															
19. Susceptibilidad antimicrobiana (KIRBY BAUER):																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Antibiótico</th> <th>Halo en mm</th> <th>Interpretación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.1 Ampicilina 10 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>19.2 Cloranfenicol 30 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>19.3 Dxacilina 1 µg</td> <td>_____</td> <td>SDP R</td> </tr> <tr> <td>19.4 Cotrimoxazol 25 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> </tbody> </table>	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	19.1 Ampicilina 10 µg	_____	S I R	19.2 Cloranfenicol 30 µg	_____	S I R	19.3 Dxacilina 1 µg	_____	SDP R	19.4 Cotrimoxazol 25 µg	_____	S I R	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Antibiótico</th> <th>Halo en mm</th> <th>Interpretación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19.5 Rifampicina 5 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>19.6 Eritromicina 15 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>19.7 Vancomicina 30 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> <tr> <td>19.8 Ceftriaxona 30 µg</td> <td>_____</td> <td>S I R</td> </tr> </tbody> </table>	Antibiótico	Halo en mm	Interpretación	19.5 Rifampicina 5 µg	_____	S I R	19.6 Eritromicina 15 µg	_____	S I R	19.7 Vancomicina 30 µg	_____	S I R	19.8 Ceftriaxona 30 µg	_____	S I R
Antibiótico	Halo en mm	Interpretación																													
19.1 Ampicilina 10 µg	_____	S I R																													
19.2 Cloranfenicol 30 µg	_____	S I R																													
19.3 Dxacilina 1 µg	_____	SDP R																													
19.4 Cotrimoxazol 25 µg	_____	S I R																													
Antibiótico	Halo en mm	Interpretación																													
19.5 Rifampicina 5 µg	_____	S I R																													
19.6 Eritromicina 15 µg	_____	S I R																													
19.7 Vancomicina 30 µg	_____	S I R																													
19.8 Ceftriaxona 30 µg	_____	S I R																													
21. Fecha envío cepa al INS (aislamiento): ___/___/___	22. Fecha confirmación por INS: ___/___/___																														
	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HI (no b) <input type="checkbox"/> Spn <input type="checkbox"/> Nm <input type="checkbox"/> Otra bacteria: _____ <input type="checkbox"/> Negativo																														
Responsable del Laboratorio: _____	Firma y sello: _____																														
Observaciones: _____	Meningitis Bacteriana																														