

OTRAS INFECCIONES INVASIVAS (Inmunoprevenibles y otras)

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

Todo caso de meningitis, neumonía u otra enfermedad invasiva en el que se identifique *S. pyogenes* en un sitio normalmente estéril (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, entre otros) Notificar dentro de las primeras 24 horas de haberse confirmado el caso. Teniendo en cuenta la presentación clínica.

- Meningoencefalitis: para casos de meningitis por *S. pyogenes*.
- Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras): para casos de neumonía, sepsis, fascitis necrotizante, síndrome de shock tóxico estreptocócico, endocarditis, celulitis, abscesos, artritis séptica, miositis u otras infecciones invasivas por *S. pyogenes*.
Otras infecciones invasivas.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ H.C.: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F DNI: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____ Establecimiento de 1° consulta: _____

Fecha de internación: ____/____/____ Establecimiento de internación: _____

Terapia intensiva SI NO Fecha internación UTI: ____/____/____Requerimiento de ARM SI NO Fecha: ____/____/____**SIGNOS Y SÍNTOMAS** SI NO Fecha: ____/____/____Celulitis Síndrome de shock tóxico estreptocócico Artritis Séptica Antecedente de traumatismo Abscesos Fascitis necrotizante Antecedentes de cirugía Antecedente de eccema Sepsis Miositis Antecedente de impétigo Antecedente de otras lesiones en piel Fiebre (> ó igual a 38°) sin foco Endocarditis Antecedente de quemadura Antecedente de varicela

DIAGNÓSTICO REFERIDO

Diagnostico(Al menos uno obligatorio)Neumonía Shock Séptico Sepsis Fascitis necrotizante Bacteriemia oculta Osteomielitis Artritis séptica Celulitis Impétigo Absceso Otro _____

DATOS DE LABORATORIO

Establecimiento de toma de muestra _____

Fecha de toma de muestra: ____/____/____

Muestra: Sangre Punción de partes blandas Absceso Aislamiento Otras: _____

DATOS DE EPIDEMIOLOGIA

Usuario de drogas intravenosas Lugar de contacto: _____
 Contacto con un caso confirmado Lugar de contacto: _____
 Antecedentes de IRA reciente SI NO ¿Cuál? Infección por COVID -19 Enfermedad tipo influenza
 Otra _____

Antecedentes de vacunación

Vacunación al día según esquema nacional **Fecha 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
Antimeningocócica				
Grupo B				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Conjugada (ACWY)				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Antineumocócica				
VPN 23				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
VCN 13				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Otras vacunas				
Cuádruple Bacteriana (DPT - Hib)				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Pentavalente (DPT- HB-Hib)				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Séxtuple (DPT - HB- IVP)				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Vauna triple viral (Sarampión rubéola y paperas)				Numero total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____

CLASIFICACIÓN DE CASO

- Caso **sospechoso** de *Haemophilus Influenzae* Caso **probable** de *H. Influen.* Caso **confirmado** de *H. Influen.*
 Caso **sospechoso** de *Streptococcus Pneumoniae* Caso **sospechoso** de *S. Pneumon.* Caso **confirmado** de *S. Pneumon.*
 Caso **sospechoso** de *Neisseria Meningitidis* Caso **sospechoso** de *N. Mening.* Caso **confirmado** de *N. Mening.*
 Caso **sospechoso** de otro Agente Invasivo Caso **sospechoso** de otro A. Inv. Caso **confirmado** de otro A. Inv.
 Caso **confirmado** de *Streptococcus Pyogenes*

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____
 Establecimiento Notificación: _____
 Tel: _____ e- mail: _____ Localidad: _____
 Fecha: ____ / ____ / 20____

 firma y sello del notificador