

DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Hoja de reporte de casos sospechosos de

Encefalitis/Meningitis Aséptica

Vigilancia Virus del Nilo Occidental



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud

ID NUMBER

--	--	--	--	--	--

<b>FAVOR COMPLETAR EN LENTRA DE MOLDE (LEGIBLE)</b>	<b>Fecha notificación:</b> Mes: _____ Día: _____, Año: _____
---	--

**1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ en años/meses/semanas  
mes día año

Género:  Masculino  Femenino Embarazada:  No  Sí Lactando:  No  Sí

Dirección física: Urb. o Barrio _____ Calle: _____ Número: _____ Pueblo: _____ Zip-Code: _____	Tel. casa: (____) - _____ - _____ Tel. trabajo: (____) - _____ - _____ Persona contacto: _____ Tel. contacto: (____) - _____ - _____
--	---

**2. INFORMACIÓN CLÍNICA**

Diagnóstico actual: <input type="checkbox"/> Encefalitis <input type="checkbox"/> Meningitis Aséptica <input type="checkbox"/> Otro: (especifique) _____	¿Hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del hospital: _____ Número de record médico: _____ Fecha admisión: ____/____/____ Fecha alta: ____/____/____ <small>mes día año mes día año</small>
---	--

**Fecha del primer síntoma** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (REQUERIDA PARA PROCESAR LAS MUESTRAS)  
mes día año

¿Padece alguno de los siguientes síntomas?

Fiebre ( $\geq 38^{\circ}C$ ó $100^{\circ}F$ ): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de articulaciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Possible convulsión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temblores: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado mental alterado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parálisis flácida aguda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Erupción (Rash): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuello rígido/Signos meníngeos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Coma: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otros signos neurológicos: \_\_\_\_\_  
 Estatus:  Recuperado  Enfermo todavía  Murió (Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  
mes día año

**3. INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO (1 mes antes del comienzo de los síntomas)**

(¡Esta información **Tiene** que ser completada!)

- ¿Ha viajado fuera de la isla?  Sí  No  No sabe  
 Dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido transfusión de sangre o sus productos?  Sí  No  No sabe  
 Dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido un transplante de órgano?  Sí  No  No sabe  
 Dónde: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido alguna mordida de un animal?  Sí  No  No sabe  
 Tipo de animal: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

**4. RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICAS**

¿Se obtuvo el CSF? <input type="checkbox"/> Sí Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> No Glucosa _____ Neutrófilo _____ % Proteína _____ Lymph _____ % RBC _____ Gram stain _____ WBC _____ Cultivo bacteria _____ Examen de hongos/parásitos _____	WBC: _____ Diff. Neutrófilo: _____ % Bandas: _____ % Lymph: _____ %	Otros: _____ Fecha: _____ Resultado: _____ <input type="checkbox"/> CBC ____/____/____ <input type="checkbox"/> MRI ____/____/____ <input type="checkbox"/> CT ____/____/____ <input type="checkbox"/> Suero ____/____/____
---	--	---

**5. ESPECIMENES SOMETIDOS A EXAMEN**

1<sup>ra</sup> Muestra:  CSF ó  Suero **Fecha de colección:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 2<sup>da</sup> Muestra:  CSF ó  Suero **Fecha de colección:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6. CONTROL DE INFECCIONES / ENFERMERA EPIDEMIÓLOGA**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Tel. trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ x Fax: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

Envíe esta hoja y las muestras a: CDC-Dengue Branch, 1324 Calle Cañada, San Juan, PR 00920-3860  
 Si necesita asistencia llame al CDC Dengue Branch (787) 706-2399 o a la División de Epidemiología (787) 274-6831