



**Ficha enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae***

Hospital				Médico responsable		
email				Teléfono		
Nº de Historia Clínica						
<b>Datos filiatorios del paciente</b>						
Nombre y Apellido					Sexo	
Edad		Fecha de nacimiento		DNI		
Domicilio				Localidad		
Provincia				Teléfono		
Concurre a jardín/escuela/Institución	Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
<b>Datos de vacunación</b>						
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						
<b>Enfermedad actual</b>						
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)						
<b>Comorbilidades</b>						
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***

<b>Otros factores asociados</b>							
Falta de lactancia materna		Concurrencia a jardín maternal		Nº de convivientes <4 años		Nº de convivientes ≥4 años	
<b>Cultivos</b>							
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		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Liq. articular		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Otros (especificar)		Ampicilina		Ampicilina-sulbactam		TMS	
Tipificación	b <input type="checkbox"/> otros capsulados <input type="checkbox"/> cual _____ no tipable <input type="checkbox"/>						
<b>Evolución</b>							
Cuidados intensivos		Días:	Asistencia respiratoria mecánica				Días:
Alta sin secuelas		Fecha	Detallar secuelas :				
Alta con secuelas		Fecha					
Fallecimiento		Fecha					
Derivación		Fecha					