

## UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS - PLANILLA CLÍNICA

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: \_\_\_\_\_

<b>Sí usted identifica alguno de estos criterios de Exclusión no llene la ficha</b>									
<b>Pacientes con inmunosupresión conocida congénita o adquirida</b>					<b>Fibrosis Quística Pulmonar</b>				
<b>Pacientes con TBC pulmonar activa con baciloscopia positiva</b>					<b>Neumonía Intrahospitalaria</b>				
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE									
Nombre y Apellido: _____				Fecha Nac. ----/---/----/		Edad: _____		Sexo M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Dirección: _____			Localidad: _____			Barrio: _____			
Provincia: _____					Historia Clínica: _____				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES									
Diabetes		Insuficiencia Cardíaca		Cardiopatía Congénita		HTA Severa			
Enf. Renal crónica		Hepatopatía Crónica		Enf. cerebrovascular		Neumoconiosis			
Asma		Enfisema		Intersticiopatía		Secuelas EPOC			
NAC previa		Alcoholismo		Enf. autoinmune		Enf. neuromuscular			
Cáncer pulmonar		Otro Cáncer actual		Obst. Bronq Recidivante		Enf Pulmonar Postviral			
Prematurez		Displasia Bronco Pulm.		Bronquiolitis		Otros, Cual: _____			
ANTECEDENTES DE ANTIBIÓTICOS Y CORTICOIDES PREVIOS A LA INTERNACIÓN									
Antibióticos (90 días)		Vía		Dosis		Fechas		Duración / días	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
Corticoides Sistémico (2 sem o +)		Vía		Dosis		Fechas		Duración / días	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN COMPROBADOS CON EL CARNET DE VACUNACIÓN									
Anticoqueluche	No. dosis	última dosis	____/____/____	Neumocócica Heptavalente		No. dosis	última dosis	____/____/____	
Anti sarampionosa	No. dosis	última dosis	____/____/____	Neumocócica 23 valente		No. dosis	última dosis	____/____/____	
AntiHaemophilus	No. dosis	última dosis	____/____/____	BCG 1ra dosis		No. dosis	1ra dosis	____/____/____	
Antigripal	No. dosis	última dosis	____/____/____	Otra:		No. dosis	última dosis	____/____/____	
DATOS CLÍNICOS AL MOMENTO DE INTERNACIÓN									
Fecha Iros síntomas: ____/____/____			Fecha 1° consulta: ____/____/____			Fecha internación: ____/____/____		Sem. Epi : _____	
Frec. Respiratoria: _____		Frec. Cardíaca: _____		Tensión Arterial: _____/_____/_____		Temp. Máxima: _____ °C			
Comienzo insidioso		Comienzo brusco		Dolor Torácico		Dolor Abdominal			
Taquipnea		Dificultad respiratoria		Incapacidad respiratoria		Compromiso SNC			
Sibilancias audibles		Fiebre		Secreción hemoptoica		Estado Nutricional: Normal _____			
Tos		Secreción Mucosa		Secreción Purulenta		Denutrido: Leve __ Mod. __ Sev. __			
DATOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO									
Describir la imagen de la Radiografía de Tórax al momento de la internación según sea Unilateral o Bilateral.									
Unilateral	Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla
Bilateral	Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla
Seleccione la extensión de la imagen radiográfica				1 Lóbulo		2 Lóbulos		+ de 2 Lóbulos	
L	Sat O <sub>2</sub> %: .....	FI O <sub>2</sub> %: .....	PaO <sub>2</sub> : .....	PaCO <sub>2</sub> : .....	PH: .....	Eritro: .....			
A	HTO: .....	Leucocitos: .....	% de Neutrofilos: .....	Urea (g/l): .....	Glucemia: .....				
B	Hepato grama:	Bt: _____	Bd: _____	ALAT: _____	ASAT: _____	Falc: _____			
	GGT: _____	CHE: _____	T. Prot : _____	Albúmina Sérica: _____					
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO									
NAC: Típica:..... Atípica:..... Indeterminada:..... Otro,Cuál:.....									
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INICIAL AL INTERNARSE									
Antibióticos		Vía		Dosis		Fecha inicio		Duración / días	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
.....		.....		.....		...../...../.....		.....	
OBSERVACIONES									
.....									
.....									
.....									

**UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS**  
**PLANILLA DE CONTROL DE LA SOLICITUD DE EXAMENES**

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE									
Nombre y Apellido:			Fecha Nac:    /    /		Edad:		Sexo: M	F	
Dirección:			Localidad:			Barrio:			
Provincia:			Historia Clínica:						
TIPO DE MUESTRA									
			FECHA		FECHA		FECHA		
Sangre	Sangre total (coágulo)		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
	Hemocultivo	1°	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
		2°	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
		3°	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
	Suero	1°	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
		2°	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
Hisopado nasal y faríngeo		para virus		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
		para micoplasma		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Aspirado nasal y faríngeo		para virus		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
		para micoplasma		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Lavado Bronco alveolar (LBA)			...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
Aspirado Traqueal			...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
Cepillo Protegido			...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
Espudo			...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
Líquido pleural			...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		
PRUEBAS SOLICITADAS A REALIZAR EN LA UNIDAD CENTINELA									
<b>Estudios bacteriológicos</b>									
<b>Gérmenes comunes</b>									
Espudo		Directo		Cultivo		Antibiograma			
Líquido pleural		Citoquímico		Directo		Cultivo		Antibiograma	
<b>Estudios virológicos</b>									
Virus resp. (RSV, ADV, PARA, FLUA, FLUB)				IFI Ag		IgM 1° suero			
<b>Estudios para microorganismos atípicos</b>									
M. pneumoniae		IFI IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)					
Chlamydia spp.		IFI IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)					
<b>Estudios de laboratorio clínico</b>									
Hemograma		Urea		Glucemia		Albúmina Sérica			
Hepatograma		Eritrosedimentación		Rto. de plaquetas		Eritrosedimentación			
PRUEBAS A REALIZARSE EN LNR									
Aislamiento Viral adultos									
Hantavirus		IgM – 1° suero		IgG (par de sueros)		PCR (coágulo)			
C. Burnetti		IgM – 1° suero		Nested- PCR (HN e HF)		Bordetella			
Legionella spp.		IgM – 1° suero		EIA Ag Leg. (orina)					

**UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS**  
**PLANILLA DE CONTROL DE LA EVOLUCION DURANTE LA INTERNACION**

**LA EVOLUCIÓN SE DEBE LLENAR AL ALTA DEL PACIENTE**

**DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_

**Internado en sala:** días de internación: \_\_\_\_\_

**Internado en UTI:** días de internación \_\_\_\_\_ ARM: \_\_\_\_\_ días: \_\_\_\_\_

**Exámenes de Laboratorio al Alta:**

Sat O<sub>2</sub> %: ..... FI O<sub>2</sub>%: ..... PaO<sub>2</sub>: ..... PaCO<sub>2</sub>: ..... PH: ..... Eritro:.....

HTO: ..... Leucocitos: ..... % de Neutrofilos: ..... Urea (g/l):..... Glucemia: .....

Bt: \_\_\_\_\_ Bd: \_\_\_\_\_ ALAT: \_\_\_\_\_ ASAT: \_\_\_\_\_ Falc: \_\_\_\_\_

GGT: \_\_\_\_\_ CHE: \_\_\_\_\_ T. Prot : \_\_\_\_\_ Albúmina Sérica: \_\_\_\_\_

**Complicaciones Respiratorias:** Insuficiencia Respiratoria: \_\_\_\_\_ Abceso Pulmonar: \_\_\_\_\_  
 Empiema: \_\_\_\_\_ Otras, Cuál: \_\_\_\_\_

**Complicaciones Generales:** Sepsis: \_\_\_\_\_ Shock: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Metástasis sépticas a distancia: \_\_\_\_\_ Insuficiencia Renal: \_\_\_\_\_  
 Otras, Cuál: \_\_\_\_\_

Fecha de resolución de los síntomas: ...../...../..... Fecha de Egreso: ...../...../.....

Condición al egreso:	vivo	curado	mejorado	con secuela	derivado
	fallecido				

En caso de muerte aclarar causas:

Principal: -----  
 Condicionante: -----  
 -----

Observaciones: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## UNIDAD CENTINELA DE NEUMONÍAS PLANILLA EPIDEMIOLOGIA

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE											
Nombre y Apellido:						Fecha Nac. ----/---/----/		Edad:		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección:				Localidad:				Barrio:			
Provincia:				Historia Clínica:				TE:		Piso :	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES											
Diabetes			Insuficiencia Cardíaca			Cardiopatía Congénita			HTA Severa		
Enf. Renal crónica			Hepatopatía Crónica			Enf. cerebrovascular			Neumoconiosis		
Asma			Enfisema			Intersticiopatía			Secuelas EPOC		
NAC previa			Alcoholismo			Enf. autoinmune			Enf. neuromuscular		
Cáncer pulmonar			Otro Cáncer actual			Obst. Bronq Recidivante			Enf Pulmonar Postviral		
Prematurez			Displasia Bronco Pulm.			Bronquiolitis			Otros, Cual:		
ANTECEDENTES DE ANTIBIÓTICOS Y CORTICOIDES PREVIOS A LA INTERNACIÓN											
Antibióticos (90 días)				Vía		Dosis		Fechas		Duración / días	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
Corticoides Sistémico (2 sem o +)				Vía		Dosis		Fechas		Duración / días	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
.....				.....		.....		...../...../.....		.....	
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN COMPROBADOS CON EL CARNET DE VACUNACION											
Anticoqueluche		No. dosis	última dosis	____/____/____		Neumocócica Heptavalente		No. dosis	última dosis	____/____/____	
Anti sarampionosa		No. dosis	última dosis	____/____/____		Neumocócica 23 valente		No. dosis	última dosis	____/____/____	
AntiHaemophilus		No. dosis	última dosis	____/____/____		BCG 1ra dosis		No. dosis	1ra dosis	____/____/____	
Antigripal		No. dosis	última dosis	____/____/____		Otra:		No. dosis	última dosis	____/____/____	
DATOS CLÍNICOS AL MOMENTO DE INTERNACIÓN											
Fecha 1ros síntomas: ____/____/____				Fecha 1º consulta: ____/____/____				Fecha internación: ____/____/____		Sem. Epi : ____	
Frecuencia Respiratoria: _____				Frecuencia Cardíaca: _____				Tensión Arterial: _____/_____			
Comienzo insidioso			Comienzo brusco			Dolor Torácico			Dolor Abdominal		
Taquipnea			Dificultad respiratoria			Incapacidad respiratoria			Compromiso SNC		
Sibilancias audibles			Fiebre			Secreción hemoptoica			Estado Nutricional:		
Tos			Secreción Mucosa			Secreción Purulenta			Temp. Máxima _____ °C		
DATOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO											
Describir la imagen de la Radiografía de Tórax al momento de la internación según sea Unilateral o Bilateral.											
Unilateral		Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla	
Bilateral		Reticular	Nodulillar	Acinar / Alveolar	Mixto	Homogéneo	Broncrograma	Derrame	Cavidad	Bulla	
Seleccione la extensión de la imagen radiográfica					1 Lóbulo		2 Lóbulos		+ de 2 Lóbulos		
L A B	Sat O <sub>2</sub> %: .....		FI O <sub>2</sub> %: .....		PaO <sub>2</sub> : .....		PaCO <sub>2</sub> : .....		PH: .....		HTO: .....
	Leucocitos: .....		% de Neutrofilos: .....		Urea (g/l):.....		Glucemia: .....				
	Hepato grama:	Bt: _____	Bd: _____	ALAT: _____	ASAT: _____	Falc: _____					
GGT: _____		CHE: _____	T. Prot : _____								
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO											
.....											
OBSERVACIONES											
.....											
.....											
.....											
ESTUDIO DE BROTE:											
Fiebre Q			Influenza			Hantavirus			Psitacosis		
				< 15 años		15 años y más		TOTAL			
Nº de contactos:											
Nº de contactos enfermos:											
Nº de contactos en estudios clínico y de laboratorio:											
Nº de contactos con quimioprofilaxis:											