



Fecha de envío: ___ / ___ / ___

Ministerio de Salud y Ambiente

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
 ADMINISTRACION NACIONAL
 DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
 "DR. CARLOS G. MALBRAN"
 Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas

VIGILANCIA DE SEROTIPOS/SEROGRUPOS Y RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS DE *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* EN INFECCIONES INVASIVAS.

TIPO DE MUESTRA REMITIDA

Aislamiento de:

<i>St. pneumoniae</i>	<i>N. meningitidis</i>	<i>H. influenzae</i>
-----------------------	------------------------	----------------------

Muestra clínica con cultivo negativo para detección de *Spn*, *Nm* y *Hi* por la técnica de PCR:

LCR	Suero	Líqu. pleural	Líqu. articular
-----	-------	---------------	-----------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Establecimiento: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

N° de teléfono _____

Profesional microbiólogo responsable: _____

e-mail: _____

Laboratorio participante de Red WHONET: Si [] No []

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

Domicilio (localidad, provincia): _____

DATOS CLINICOS

N° H. Clínica: _____ Fecha inicio de síntomas: _____ Fecha de ingreso: _____

Diagnóstico: Meningitis [] Neumonía [] Neumonía con derrame [] Bronquiolitis [] Bacteriemia []
 Sepsis [] Celulitis [] Fiebre sin foco [] Artritis séptica [] Endocarditis [] Osteomielitis []
 Peritonitis [] Otros: _____

Antibiótico/s previo/s: SI [] NO [] Cuál/es? _____ Patología Crónica: _____

Evolución: _____

DATOS DE VACUNACIÓN:

	Si/No	Cuál?	N° de dosis	Fecha última dosis
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b				
<i>Neisseria meningitidis</i>				
<i>Streptococcus pneumoniae</i>				

DATOS DE LABORATORIO

1) Aislamiento de *S. pneumoniae*, *N. meningitidis* o *H. influenzae*

Sitio de aislamiento: LCR[] Hemocultivo[] Liq. Pleural[] Liq. Articular[] Otro _____
Fecha de aislamiento: ____/____/____

Pruebas Bioquímicas:

- *Haemophilus influenzae*

Satelitismo: _____ Requerimiento de factor V (disco): _____ Requerimiento de factor X (disco): _____

Indol: _____ Urea: _____ Ornitina decarboxilasa: _____ Biotipo: _____

Técnica rápida: Si / No Método: _____ Marca del kit: _____ Resultado: _____

Producción de β -lactamasa: Positiva[] Negativa[] No Determinada[]

Antibiograma en HTM:

Antibiótico	Halo (mm)	Interpretación
Ampicilina		
Cloranfenicol		
Azitromicina		
Cefaclor		
Trimetoprima/ Sulfametoxazol		
Amoxicilina- Ac. clavulánico		
Ácido nalidíxico		
Cefuroxima		
Cefotaxima		

- *Neisseria meningitidis*

Oxidasa: _____ Azúcares: glucosa[] maltosa[] lactosa[]

Técnica rápida: Si / No Método: _____ Marca del kit: _____ Resultado: _____

- *Streptococcus pneumoniae*

Optoquina (mm): _____ Solubilidad en sales biliares: _____

Oxacilina (mm): _____ Otras determinaciones (optativo) (mm): _____

Penicilina ($\mu\text{g/ml}$) (optativo): _____ Cefotaxima ($\mu\text{g/ml}$) (optativo): _____

2) Muestras clínicas (completar según corresponda)

FISICOQUÍMICO: Claro[] Opalescente[] Purulento[] Albúmina _____ Glucosa ____/ Glucemia _____

CITOLÓGICO: Leucocitos ____/ mm^3 Neutrófilos ____% Linfocitos ____% Eritrocitos _____

COLORACIÓN DE GRAM: _____

Fecha de toma de muestra : ____/____/____

Técnica rápida: Si / No Método: _____ Marca del kit: _____ Resultado: _____

Observaciones: _____