

ENCUESTA INDIVIDUALIZADA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y apellidos:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Domicilio:			
Localidad:		Provincia:	
Teléfono:			
Ocupación:			
Domicilio ocupación:			
Teléfono ocupación:			
DATOS DE LA ENFERMEDAD			
Fecha de ingreso:			
Servicio de ingreso:			
Forma clínica:	Meningitis	Sepsis	
Diagnóstico:	Sospecha clínica	Tinción Gram	Aislamiento bacteriano:
			Serogrupo:
Vacunación previa		Fecha:	
Contactos probables:			