

(pieczęćka)

Form. Mz/E. II-43 B

WYWIAD W PRZYPADKU ZAPALENIA OPON MÓZGOWO-RDZENIOWYCH I ZAP. MÓZGU

(Wypełnić podkreślając lub wpisując dane w miejsce zakropkowane)

Nazwa i adres szpitala

Oddział

Nazwisko i imię chorego Płeć

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

CZĘŚĆ B — DANE Z HISTORII CHOROBY

Prosimy nie
wypełniać

1. Data zachorowania

2. Data hospitalizacji

3. Liczba dni leczenia

4. Ostateczne rozpoznanie przy wypisie: choroba zasadnicza

nr statystyczny

choroby współistniejące

powikłania

5. Główne objawy choroby: OGÓLNE: gorączka, bóle brzucha, bóle głowy, wymioty, bóle mięśniowe, objawy infekcji górnych dróg oddechowych, objawy jelitowe;

Neurologiczne: objawy oponowe, drgawki — jak długo

stan zamroczenia lub nieprzytomności — jak długo porażenie

nerwów czaszkowych kończyn

zwieraczy, zaburzenia czucia, objawy piramidowe, objawy mózdkowe

6. Ogólne badania płynu mózgowo-rdzeniowego decydującego o rozpoznaniu z dnia

pleocytoza w całej komorze segmenty %

limfocyty $\frac{0}{0}$ cukier $\text{mg}^0/0$ białko $\text{mg}^0/0$

chlorki $\text{mg}^0/0/\text{mEq}$ odczyn Pandy odczyn Nonne-Appelta

.....

7. Mikrobiologiczne badanie płynu m-r.	Data	Wynik *)	Prosimy nie wypełniać
8. Preparat bezpośredni (badanie mikroskopowe)			
posiew płynu			
antybiogram (podać wrażliwość)			
badanie wirusologiczne			
9. Inne badania			
badania serologiczne I			
badania serologiczne II			
posiew krwi			
inne			
10. Stosowane leczenie przyczynowe			
11. Zejście choroby: wyleczenie, wypis z następstwami pochorobowymi (krótki opis), ZGON — rozpoznanie sekcyjne:			

*) o ile badania nie wykonano wpisać „nie badane“

.....
 podpis lekarza leczącego