

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (RC) /ZIKA



Profesional Declarante: _____

CLASIFICACIÓN INICIAL

Sospechoso por datos clínicos: RC ZIKA
 Hijo de madre con sospecha o confirmación: RC ZIKA
 Embarazada actualmente

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombres de la Madre: _____ DNI: _____
 Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
 Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____

3. DATOS CLÍNICOS

Nota: Si es embarazada consignar edad gestacional y hallazgos ecográficos.
 Fecha de consulta: ____/____/____ Peso Nacer: _____ gramos. Edad Gestacional: _____ semanas.

Signos Clínicos:
 Alteraciones Oculares: Si No Hepatomegalia: Si No
 Alteraciones cardiacas: Si No Ictericia: Si No
 Alteraciones Auditivas: Si No Esplenomegalia: Si No
 Microcefalia: Si No Perímetro Cefálico: _____ Cm
 Osteopatía: Si No Púrpura: Si No
 Otras alteraciones: Si No

Cuál/es: _____

Estudios	Fecha	Resultado
Otorrino	____/____/____	
Cardiología	____/____/____	
Oftalmología	____/____/____	
Neurología	____/____/____	
Ecografía obstétrica	____/____/____	

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Edad de la Madre: _____ años. N° de embarazos anteriores: _____
 Antecedentes durante el embarazo:
 Rubéola Confirmada: semana embarazo: _____
 Enf. Similar rubéola: semana embarazo: _____
 Expuesta a rubéola: semana embarazo: _____
 Exantema: semana embarazo: _____
 Síndrome Febril Inespecífico: semana embarazo: _____
 Zika confirmado por laboratorio: semana embarazo: _____
 Viajes: semana embarazo: _____ Lugar: _____
 Vacuna Rubéola: Si No N/S Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA/ZIKA



5. EXÁMENES DE LABORATORIO

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado	Diagnostico de laboratorio*
/ /		/ /	/ /		
/ /		/ /	/ /		
/ /		/ /	/ /		
/ /		/ /	/ /		
/ /		/ /	/ /		
/ /		/ /	/ /		

*Diag. de laboratorio: 1. Rubéola 2. Citomegalovirus 3. Toxoplasmosis 4. Sífilis 5. Herpes. 6. Dengue. 7. Zika 8. Chikungunya 9. Otros (Cual) _____

Otros Estudios De Laboratorio:

Hisopado orofaríngeo: Fecha: ___/___/___ Resultado: _____
 Orina: Fecha: ___/___/___ Resultado: _____

6. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___

Institución: _____ Fallecido: Fecha: ___/___/___

Infec. Congénita Rubéola (ICR): SRC confirmado por laboratorio:

SRC confirmado por diagnóstico clínico: Descartado:

Síndrome congénito relacionado a ZIKA:

Probable: Confirmado: Descartado:

Origen de la Infección de la Madre: RC ZIKA

Importado: Autóctono: Relacionado a importación: Desconocido:

Definición de caso:

Caso sospechoso de RC: todo paciente menor de 1 año con uno o más de las siguientes manifestaciones congénitas: cataratas, defectos cardiacos, sordera, púrpura, de quien el personal de salud de cualquier nivel de atención sospeche SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección con virus de rubéola o confirmación por laboratorio en el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

Caso sospechoso de Síndrome Congénito relacionado a ZIKA: todo paciente menor de 1 año con una o más de las siguientes manifestaciones: microcefalia, otras anomalías cerebrales o cerebelares con o sin microcefalia, artrogriposis, calcificaciones placentarias, cerebrales y/o cerebelares, cataratas, etc, de quien el personal de salud sospeche infección congénita por ZIKA, especialmente si la madre tuvo diagnóstico presuntivo o confirmado de ZIKA durante el embarazo.

Fecha: ___/___/___

Firma y Sello Médico