



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

SR

Definición de caso

Caso sospechoso de SARAMPIÓN: Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema y cualquiera de los 3 catarras: Bronquial (tos), Nasa I (rinorrea) o conjuntival (conjuntivitis)

Caso sospechoso de RUBEOLA: Paciente de cualquier edad, con fiebre, exantema y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.

CLASIFICACION INICIAL

Caso Sospechoso de Sarampión:

Caso Sospechoso de Rubéola :

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

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 DE VACUNACION

VACUNA

(Marque con una X)

Fecha última dosis

Componente antisarampión Si No desconocido No corresponde ____/____/____

Componente antirrubéola Si No desconocido No corresponde ____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: ____/____/____

Fiebre Fecha de Comienzo ____/____/____ Catarro Nasal

Exantema Fecha de Comienzo ____/____/____ Conjuntivitis

Tos Adenopatía

Artralgia/Artritis

Embarazada Si No N/S Semanas de gestación _____ Lugar del parto _____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedentes de exposición

¿Tuvo contacto con un caso confirmado de sarampión / rubéola en las 7 - 23 días antes del inicio del exantema? Si No N/S

Dónde/quién ?

¿Viajó en los últimos 7 – 23 días antes del inicio del exantema? Si No

Dónde _____

¿Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas? Si No Semanas de gestación _____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Visita domiciliaria Si No N° de contactos _____ Fecha ___/___/___
 Otros Si No N° de contactos _____ Fecha ___/___/___
 Vacunación de bloqueo Si No N° de dosis aplicadas _____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre Suero

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubéola	
1°						
2°						

Hisopado orofaríngeo Aspirado orofaríngeo Orina Otras _____

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubéola	

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ___/___/___
 Institución _____ Fallecido

CLASIFICACIÓN FINAL (No llenar. Se clasifica en el nivel central de cada jurisdicción)

Fecha ___/___/___

Confirmado <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Por Laboratorio <input type="checkbox"/>
	Rubéola <input type="checkbox"/>	Por Nexo Epidemiológico <input type="checkbox"/>
	Origen de la Infección:	
	Importado <input type="checkbox"/>	Autóctono <input type="checkbox"/>
	Relacionado a importación <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>
Descartado <input type="checkbox"/>	Sarampión/Rubéola Negativo <input type="checkbox"/> Postvacunal <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	
Compatible <input type="checkbox"/>		

Fecha ___/___/___

Firma y Sello Médico