

Sospecha de: Sarampión Rubéola Otro (especificar) _____ Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Toda persona de cualquier edad en quien se sospeche Sarampión o Rubéola o que presente fiebre y exantema.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1 Fecha de consulta: ____/____/____ 2 Fecha de captación: ____/____/____ 3 Fecha de notificación: ____/____/____
 4 Nombre del Notificante: _____ 5 Tel. o cel. N°: _____
 6 Establecimiento de salud: _____ 7 Distrito: _____ 8 Región Sanitaria N°
 9 Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
 10 Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11 C.I. N°: _____ 12 Nombre y apellido del paciente: _____
 13 Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14 Edad: Años Meses Días 15 Sexo: F M 16 Nacionalidad: _____
 17 Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
 17.4 Dirección: _____
 17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
 17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18 Localidad: 18.1 Urbano 18.2 Rural 19 Com. indígena: 19.1 Si 19.2 No Etnia: _____
 20 Ocupación: _____ 21 Dirección del trabajo o escuela: _____
 22 Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

23 Fuente 1 Tarjeta de vacunación 2 Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24 Tipo de Vacuna: 1 Antisarampión 2 SPR 3 SR 4 Sin antecedentes (considerar la última dosis) 25 N° de dosis: ____
 26 Fecha de vacunación: 26.1 1º dosis: ____/____/____ 26.2 Ref.: ____/____/____ 26.3 Dosis adicional: ____/____/____
 27 Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: _____ 27.2 Distrito: _____ 27.3 Región N°: _____

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

28 Fecha de visita domiciliaria (investigación comunitaria): ____/____/____
 29 Síntomas: Marcar en cada casilla según corresponda: 1º Si 2º No 99º Desconocido
 29.1 Fiebre: si conoce, temperatura: ____ °C Fecha del inicio de fiebre: ____/____/____
 29.2 Erupción: si conoce, duración: ____ días 29.2.1 Fecha del inicio de erupción: ____/____/____ 29.2.2 Tipo de erupción: 1 Maculopapular 2 Vesicular 3 Otro 99 Desconocido
 29.3 Tos
 29.4 Conjuntivitis
 29.5 Coriza
 29.6 Manchas de Koplik
 29.7 Adenopatías
 29.8 Artralgias
 30 Paciente embarazada: 1º Si Si es sí: 30.1 Semanas de gestación (01-42): ____ 30.2 Fecha probable de parto: ____
 30.3 Lugar probable de parto: _____
 31 Hospitalización: 1º Si Si es sí: 31.1 Establecimiento: _____ 31.2 Fecha admisión: ____/____/____
 31.3 Días de internación: _____ 31.4 N° Historia clínica: _____
 32 Defunción: 1º Si Si es sí: 32.1 Lugar de defunción: _____ 32.2 Fecha defunción: ____/____/____
 32.3 Causa básica de defunción: _____
 33 Posible fuente de infección: Marcar en cada casilla según corresponda: 1º Si 2º No 99º Desconocido
 33.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? 33.1.1 Fecha: ____/____/____
 33.2 Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso? 33.2.1 Fecha: ____/____/____
 33.3 Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción? 33.3.1 Dónde: _____ 33.3.1 Fecha: ____/____/____
 33.4 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas?
 33.5 Realizó seguimiento de contactos durante 21 días? 33.5.1 Fecha: ____/____/____; 33.5.2 Fecha: ____/____/____

E) DATOS DE LABORATORIO

| N° de muestras | Tipo de muestras* | Fecha toma de muestra | Nombre del Laboratorio | Fecha de envío al Laboratorio | Fecha de recepción | I.D. de muestra en Laboratorio | Tipo de Prueba** | Antígeno *** | Resultado **** | Fecha de Resultado |
|----------------|-------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------------|------------------|--------------|----------------|--------------------|
| 1ra. muestra | | | | | | | | | | |
| 2da. muestra | | | | | | | | | | |
| 3ra. muestra | | | | | | | | | | |

*1 Suero 2 Aspirado/Nasofaríngeo 3 Orina 4 Líquido cefalorraquídeo 5 Otro
 **1 IgM EIA/Inmune 2 IgM EIA/Captura 3 Aislamiento virus 4 PCR 5 IgM IF 6 IgG EIA/Captura 7 IgG IF 8 IIF
 ***1 Sarampión 2 Rubéola 3 Dengue 4 Parvovirus B19 5 Herpes 6 Enterovirus 7 Otros
 ****0 Negativo 1 Positivo 2 Muestra inadecuada 3 Indeterminada 99 Desconocido (no hay resultado disponible)

F) CLASIFICACIÓN FINAL

34 Fecha de clasificación final: ____/____/____
 35 Clasificación final: 1 Sarampión 2 Rubéola 3 Descartado 36 Criterio para confirmación: 1 Laboratorio 2 Inzoo epidemiológico 3 Clínica 37 Criterio para descartar: 1 Sarampión/Rubéola IgM-neg 2 Reacción vacunal 3 Dengue 4 Parvovirus B19 5 Serpices 6 Reacción alérgica 7 Otro diagnóstico
 38 Fuente de infección para casos confirmados: 1 Importado 2 Relacionado a importación 3 Fuente desconocida 4 Autóctono 38.1 Si es importado o relacionado a importación: País de importación: _____
 39 Contacto de otro caso: 1 Si 2 No 99 Desconocido 39.1 Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número: _____