

Ficha de Notificación e Investigación – SARAMPIÓN / RUBÉOLA (Modificado: 07 de octubre de 2009)

Llene esta ficha para: Toda persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema. Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido

No. Caso: _____	Nombre de la institución que notifica: _____
País: _____	Teléfono de la institución que notifica: _____
Provincia/Estado: _____	Notificado por: _____
Municipio: _____	Fecha de Consulta: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Localidad/Barrio: _____	Fecha de Notificación Local: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
	Fecha de Visita Domiciliaria: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
	Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta <input type="checkbox"/> 2=Laboratorio <input type="checkbox"/> 3=Búsqueda institucional <input type="checkbox"/> 4=Búsqueda de casos en la comunidad	5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido
Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/> 1=Público <input type="checkbox"/> 2=Privado <input type="checkbox"/> 88=Otro, Especifique _____	

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____	Nombre de la madre o responsable: _____
Dirección: _____	Ciudad _____ Teléfono: _____
Referencia para localizar la casa: _____	Ocupación del Paciente: _____
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano <input type="checkbox"/> 2=Periurbano <input type="checkbox"/> 3=Rural	Dirección del trabajo o escuela: _____
Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> 1=Masculino <input type="checkbox"/> 2=Femenino	Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ Años _____ Meses
Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	

III HISTORIA VACUNAL

Tipo de Vacuna*	Número de dosis**	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(*) 1=Antisarampionosa, 2=Antirrubéolica, 3=Doble Viral (SR), 4=Triple Viral (SRP)

(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Signos y Síntomas

¿Fiebre? <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, temperatura (grados): _____	Fecha del inicio de la fiebre: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
¿Erupción? <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
1=Sí 2=No 99=Desconocido		
¿Tos? <input type="checkbox"/>	¿Conjuntivitis? <input type="checkbox"/>	¿Coriza? <input type="checkbox"/>
¿Manchas de Koplik? <input type="checkbox"/>	¿Adenopatías? <input type="checkbox"/>	¿Artralgia? <input type="checkbox"/>
¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Número de semanas de embarazo (01-42): _____	Institución donde probablemente dará a luz: _____
¿Hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Nombre del hospital: _____	Fecha de admisión: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
¿Defunción? <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de defunción: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Expediente Médico # : _____
		Causa básica de muerte: _____

Comentarios: _____

V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado de garganta.

Especimen			Prueba de Laboratorio							
Número muestra*	Tipo de muestra**	Fecha de toma de muestra (Dia/Mes/Año)	Nombre de Lab.	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Dia/Mes/Año)	Fecha de Recepción (Dia/Mes/Año)	# ID de la muestra en Lab.	Tipo de prueba †	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de Resultado (Dia/Mes/Año)
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c) _____

Comentarios: _____

(*) 1=Primera Muestra, 2=Segunda muestra, 3=Tercera muestra (si se justifica)

(**) 1=Suero, 2=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3=Hisopado de la garganta, 4=Orina, 5=Líquido Cefaloraquídeo, 88=Otro

(†) 1=IgM EIA/Indirecta, 2=IgM EIA/Captura, 3=Aislamiento Viral, 4=PCR, 5=IgM IF, 6=IgG EIA/Capture, 7=IgG IF, 8=HI

(‡) 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Parvovirus B19, 5=Herpes 6, 6=Enterovirus, 88=Otro

(§) 0=Negativo, 1=Positivo, 2=Muestra inadecuada, 3=Indeterminada, 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

VI INVESTIGACIÓN

¿Hubo búsqueda activa de casos? <input type="checkbox"/>	1= Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa: _____
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Nombre: _____ Dirección _____
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia? <input type="checkbox"/>	1=Sí, con Sarampión 2=Sí, con Rubéola 3=Sí, con ambos 4=No 99=Desconocido	
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si viajó: _____ Ciudades/Países _____ Fecha de entrada (Dia/Mes/Año) _____ Fecha de salida (Dia/Mes/Año) _____
¿Fuente de contagio? 1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro _____		

VII MEDIDAS DE RESPUESTA

¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de inicio : _____/_____/_____ Día Mes Año Fecha Final: _____/_____/_____ Día Mes Año
¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: _____
¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso? <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, ¿Qué % de vacunados se encontró?: _____
		Si es cierto, Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: _____/_____/_____ Día Mes Año

VIII CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación: <input type="checkbox"/>	1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción Alérgica 88=Otro diagnóstico (especifique)
Fuente de infección para casos confirmados: <input type="checkbox"/>	1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono	Si es importado, o relacionado a importación: _____	País de importación: _____		
¿Contacto de otro caso?: <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número: _____			
Clasificado por: _____			Fecha de clasificación final: _____/_____/_____ Día Mes Año		