

Ficha de Notificación e Investigación – SARAMPIÓN / RUBÉOLA

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

No. Caso: _____	Nombre de la institución que notifica: _____
País: _____	Teléfono de la institución que notifica: _____
Provincia/Estado: _____	Notificado por: _____
Municipalidad: _____	Fecha de Notificación, Local: ____/____/____ Nacional: ____/____/____ Día Mes Año Día Mes Año
Localidad/Barrio: _____	Fecha de Consulta: ____/____/____ Fecha Visita Domiciliaria: ____/____/____ Día Mes Año Día Mes Año
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: _____	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: ____/____/____ Día Mes Año	

III HISTORIA VACUNAL

Número de dosis de vacuna contra el sarampión: <input type="checkbox"/> 0=Cero dosis <input type="checkbox"/> 1=Una dosis <input type="checkbox"/> 2=Dos o más dosis <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Número de dosis de vacuna contra la rubéola: <input type="checkbox"/> 0=Cero dosis <input type="checkbox"/> 1=Una dosis <input type="checkbox"/> 2=Dos o más dosis <input type="checkbox"/> 99=Desconocido
Fecha de última dosis de vacuna contra el sarampión: ____/____/____ Día Mes Año	Fecha de última dosis de la vacuna contra la rubéola: ____/____/____ Día Mes Año
Fuente de información sobre las vacunaciones: <input type="checkbox"/> 1=Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/> 2=Registro en servicio de salud <input type="checkbox"/> 3=Verbal	Tipo de vacuna: <input type="checkbox"/> 1=AntiSarampión <input type="checkbox"/> 2=AntiRubéola <input type="checkbox"/> 3=Doble Viral (SR) <input type="checkbox"/> 4=Triple Viral (SRP)

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico inicial: <input type="checkbox"/> 1=Sarampión <input type="checkbox"/> 2=Rubéola <input type="checkbox"/> 3=Dengue <input type="checkbox"/> 4=Otra enfermedad eruptiva <input type="checkbox"/> 8=Enfermedad no eruptiva <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	
Signos y Síntomas	
¿Fiebre? <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Si se conoce, temperatura (grados): _____
¿Erupción? <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Si se conoce, duración de la erupción en días: _____
¿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"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido
¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Si es cierto, Número de semanas de embarazo (01-42): _____ Lugar donde probablemente dará a luz: _____
¿Hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> 1=Si <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Si es cierto, Nombre del hospital: _____ Fecha de admisión: ____/____/____ Expediente Médico # : _____ Día Mes Año
Evolución <input type="checkbox"/> 1=Recuperado <input type="checkbox"/> 2=Transferido a: _____ <input type="checkbox"/> 3=Fallecido	Si falleció, Fecha de defunción: ____/____/____ Causa básica de muerte: _____ Día Mes Año

Comentarios: _____

V 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: _____
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia? <input type="checkbox"/>	1=Si, con Rubéola 2=Si, con Sarampión 3=Si, con ambos 4=No	
¿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=Si 2=No 99=Desconocido	Si viajó: _____
		Ciudades/Países _____
		Fecha de salida (Día/Mes/Año) _____
		Fecha de entrada (Día/Mes/Año) _____
¿Fuente de contagio? _____		

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

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

Si se detectó virus, especificar el genotipo: _____

Comentarios: _____

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

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

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

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

(§) 1=Positivo, 2=Negativo, 3=Muestra inadecuada, 4=Indeterminada, 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

VII MEDIDAS DE RESPUESTA

¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de inicio : ____/____/____ Día Mes Año	Fecha Final: ____/____/____ Día Mes Año
		Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: _____	
¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, ¿Qué % de vacunados se encontró?: _____	
¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	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=Si 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número: _____			
Clasificado por: _____		Fecha de clasificación final: ____/____/____ Día Mes Año			