

# Formulario para la investigación de casos sospechosos de sarampión

## Definición a efectos de la notificación:

Llene este formulario para: **Todo paciente que un trabajador de salud sospeche que tiene sarampión.**

### Identificación

Estado o provincia: \_\_\_\_\_ Caso # \_\_\_\_\_  A = Urbano  
Municipio: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  B = Rural  
Localidad: \_\_\_\_\_ Fuente de la notificación:  Z = Desconocido  
Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  A = Masculino  A = Público  
Nombre de la madre o del padre: \_\_\_\_\_  B = Femenino  B = Privado  
Dirección: \_\_\_\_\_ Edad:  C = Laboratorio  
 Z = Desconocido  D = Comunidad  
 E = Búsqueda activa  
 Y = Otro  
 Z = Desconocido  
Años Meses Fecha de última dosis  
# de dosis certificadas:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ZZ = Desconocido

### Datos clínicos

Fecha de investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Conjuntivitis:   
Fiebre:  A = Sí Fecha de inicio de la fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Coriza:   
 B = No  Z = Desconocido Tos:  A = Sí  
Fecha de inicio de la erupción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de erupción:  B = No  
 A = Maculopapular  Z = Desconocido Ganglios Linfáticos:  Z = Desconocido  
 B = Vesicular Hospitalizado:  Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
 Y = Otro Defunción:  Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Z = Desconocido

### Datos de laboratorio

Fecha de toma	Laboratorio	Recibida en laboratorio	Tipo de prueba	Anticuerpo	Resultado	Fecha de resultado
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> A = HI <input type="checkbox"/> B = IgM Captura <input type="checkbox"/> C = NT <input type="checkbox"/> D = CF <input type="checkbox"/> E = IgM Indirecta <input type="checkbox"/> F = IgG - EIA <input type="checkbox"/> Y = Otro <input type="checkbox"/> Z = Desconocido	<input type="checkbox"/> A = Sarampión <input type="checkbox"/> B = Rubéola <input type="checkbox"/> C = Dengue <input type="checkbox"/> Y = Otro <input type="checkbox"/> Z = Desconocido	<input type="checkbox"/> A = Positivo <input type="checkbox"/> B = Negativo <input type="checkbox"/> Z = Desconocido	____/____/____
____/____/____	_____	____/____/____				____/____/____
____/____/____	_____	____/____/____				____/____/____
____/____/____	_____	____/____/____				____/____/____

### Clasificación

A - Sospechoso  B - Descartado  F = Rubéola  
I = Dengue  
Y = Otro  
Z = Desconocido C - Confirmado  A = Laboratorio  
B = Enlace Epidemiológico  
C = Diagnóstico Clínico

Fecha del diagnóstico o la clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Posible fuente de infección

¿Viajó dentro de los 7 a 18 días precedentes a la erupción?  A = Sí  
B = No  
Z = Desconocido ¿Tuvo contacto con otro caso confirmado de sarampión dentro de los 7 a 18 días precedentes a la erupción?  A = Sí  
B = No  
Z = Desconocido ¿Hubo un caso confirmado de sarampión en esta zona anterior a este?  A = Sí  
B = No  
Z = Desconocido

### Investigador

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_