

## Ficha de notificación e investigación: sarampión y rubéola

Llene esta ficha para todo paciente en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema maculopapular. Durante el primer contacto con el paciente, el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos, clínicos, una muestra de sangre y al menos una muestra para detección viral<sup>1</sup>, ya que éste podría ser el único contacto con el paciente.

Diagnóstico inicial: Sarampión Rubéola Dengue Zika Chikunguña Otra enfermedad febril-exantemática, especifique: \_\_\_\_\_ Otro

### I INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Número de caso:	Teléfono o correo de la persona que notifica:
País:	Fecha de consulta: / / <small>Día Mes Año</small>
Nivel subnacional*:	Fecha de notificación local: / / <small>Día Mes Año</small>
Municipio:	Fecha de investigación o visita domiciliaria: / / <small>Día Mes Año</small>
Nombre de la institución que notifica:	Fecha de notificación nacional: / / <small>Día Mes Año</small>
Tipo de institución que notifica: Pública Privada Otra, especifique:	Detectado por: Servicio de salud Laboratorio Búsqueda activa institucional Búsqueda activa comunitaria Investigación de contactos Caso reportado por la comunidad Auto notificación por número gratuito Otro, especifique:

(\*) Región, departamento, provincia o su equivalente

### II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente:	Sexo del paciente: Masculino Femenino Otro:
Nº. de identificación:	Nombre del padre, madre o tutor:
Tipo de identificación: Número de seguro social Acta de nacimiento Pasaporte Tarjeta de residencia Número de identificación nacional Otro, especifique:	Dirección del domicilio:
Fecha de nacimiento: / / <small>Día Mes Año</small>	Municipio de residencia:
Si desconoce la fecha de nacimiento, edad: años: meses:	Teléfono:

### III ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN

¿El paciente está vacunado? Sí No Desconocido	Fuente de información sobre la vacunación: Registro de vacunación electrónico Tarjeta de vacunación Establecimiento de salud Verbal Desconocido		
Si conoce la institución vacunadora, especificarla:			
Tipo de vacuna <sup>a</sup>	Número de dosis	Fecha de la última dosis / / <small>Día Mes Año</small>	<b>Si conoce la institución vacunadora, especificarla:</b>

### IV DATOS CLÍNICOS

¿Fiebre? Sí No Desconocido	Fecha de inicio de la fiebre: / / <small>Día Mes Año</small>	
¿Exantema? Sí No Desconocido	Tipo de exantema: Maculopapular Otro Desconocido	Fecha de inicio de exantema: / / <small>Día Mes Año</small>
¿Tos? Sí No Desconocido	¿Conjuntivitis? Sí No Desconocido	¿Coriza? Sí No Desconocido
¿Manchas de Koplik? Sí No Desconocido	¿Artralgia? Sí No Desconocido	¿Linfadenopatía? Sí No Desconocido
¿Qué complicaciones tiene o tuvo el paciente? Neumonía Encefalitis Diarrea Trombocitopenia Otitis media aguda Ceguera Sin complicaciones Otro, especifique: _____		
¿La paciente está embarazada? Sí No Desconocido	Número de semanas en el embarazo:	

<sup>1</sup>Recolecte una muestra respiratoria hasta **14 días** o una muestra de orina hasta **10 días**, a partir de la fecha de inicio de exantema del caso sospechoso.

<sup>a</sup> SRP – Sarampión Rubéola Paperas R – Sarampión Rubéola SRPV – Sarampión Rubéola Paperas Varicela Otro, especifique:

¿El paciente está o estuvo hospitalizado? Sí No	Nombre del hospital:	Fecha de hospitalización: / / <small>Día Mes Año</small>
¿El paciente estuvo aislado? Sí No Desconocido	Fecha inicio aislamiento: / / <small>Día Mes Año</small>	Fecha termino aislamiento: / / <small>Día Mes Año</small>
¿Se obtuvo muestra para diagnóstico de laboratorio? Sí No Desconocido		

### V LABORATORIO

Espécimen			Prueba de laboratorio							
Número de muestra*	Tipo de muestra*	Fecha de toma de muestra	Nombre de laboratorio que procesa	Fecha de envío de la muestra al laboratorio	Fecha de recepción	# ID de la muestra en laboratorio	Antígeno †	Tipo de prueba Δ	Resultado §	Fecha de resultado
		/ / <small>Día Mes Año</small>			/ / <small>Día Mes Año</small>					/ / <small>Día Mes Año</small>
		/ / <small>Día Mes Año</small>			/ / <small>Día Mes Año</small>					/ / <small>Día Mes Año</small>

(\*) 1) Primera muestra, 2) Segunda muestra, 3) Tercera muestra, 4) Cuarta muestra, \*\*1) Suero, 2) Aspirado o hisopado faríngeo o nasofaríngeo, 3) Orina, 4) Tejido

(†) 1) Sarampión, 2) Rubéola, 88) Otro (por ejemplo, Dengue)

(Δ) 1) IgM, 2) IgG, 3) RT-PCR, 4) IgG Avidéz, 5) Secuenciación

(§) 0) Negativo, 1) Positivo, 2) Muestra inadecuada, 3) Indeterminado, 4) No fue procesada, 99) Desconocido (sin resultado disponible)

### VI INVESTIGACIÓN

¿Se realizó búsqueda activa institucional de casos? Sí No Desconocido	Número de casos sospechosos identificados en la búsqueda activa institucional:
¿Se realizó búsqueda activa comunitaria de casos? Sí No Desconocido	Número de casos sospechosos identificados en la búsqueda activa comunitaria:
¿Existen casos confirmados de sarampión o rubeola en el municipio de residencia? Sí No Desconocido	
¿El paciente estuvo en contacto con una mujer embarazada? Sí No Desconocido	
¿El paciente viajó fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días anteriores al inicio del exantema? Sí No Desconocido	Si viajó: Fecha de entrada: / / <small>Día Mes Año</small> Fecha de salida: / / <small>Día Mes Año</small> País/Ciudad:
¿Fuente de contagio? Contacto en el hogar Comunidad Servicio de salud Evento público masivo Institución educativa Transporte internacional Espacio público Desconocido Otro, especifique:	

### VII MEDIDAS DE RESPUESTA

¿Hubo vacunación de bloqueo? Sí No Desconocido	¿Se le administró vitamina A? <sup>(a)</sup> Sí No Desconocido
¿Se realizó monitoreo rápido de vacunación? Sí No Desconocido	Número de dosis de vitamina A recibidas <sup>(b)</sup> :

<sup>(a)</sup> Solo para casos confirmados de sarampión. <sup>(b)</sup> 1,2,3, 4= 4 ó más, 99 = Desconocido

### VIII CLASIFICACIÓN

Clasificación final: Sarampión Rubéola Descartado No cumple con la definición de caso Pendiente	Criterio de confirmación: Laboratorio Nexo epidemiológico Clínico	Criterio para descartar: IgM-negativo sarampión/rubéola Relacionado con la vacuna Dengue Parvovirus B19 Herpes 6 Reacción alérgica Otro diagnóstico, especificar:
Fuente de infección de los casos confirmados: Importado Relacionado con la importación Fuente desconocida Endémico	País de importación:	
Contacto de otro caso: Sí No Desconocido	Nº. de identificación del caso asociado:	
Estado en el momento del alta: Recuperado Fallecido Otro: Desconocido	Si fallecido, fecha de defunción: / / <small>Día Mes Año</small> Causa de la muerte:	
Clasificado por: Programa nacional de inmunizaciones Dirección de Vigilancia Epidemiológica Unidad de análisis Comité de expertos	Fecha de clasificación final: / / <small>Día Mes Año</small>	