



Definición de caso

**Caso sospechoso de SARAMPION:** Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema y cualquiera de los 3 catarrros: Bronquial(tos), Nasal(rinorrea) o conjuntival(conjuntivitis)

**Caso sospechoso de RUBEOLA:** Paciente de cualquier edad, con fiebre, exantema y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.

**CLASIFICACION INICIAL**

Caso Sospechoso de Sarampión:

Caso Sospechoso de Rubeola :

**1. DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_

Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Urbano  Rural  Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**3. DATOS DE VACUNACION**

VACUNA	(Marque con una X)				Fecha última dosis
Componente antisarampión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desconocido <input type="checkbox"/>	No corresponde <input type="checkbox"/>	____/____/____
Componente antirrubéola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desconocido <input type="checkbox"/>	No corresponde <input type="checkbox"/>	____/____/____

**4. DATOS CLINICOS**

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fiebre  Fecha de Comienzo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Catarro Nasal

Exantema  Fecha de Comienzo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Conjuntivitis

Tos  Adenopatía

Artralgia/Artritis

Embarazada Si  No  N/S  Semanas de gestación \_\_\_\_\_ Lugar del parto \_\_\_\_\_

**5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

**Antecedentes de exposicion**

¿Tuvo contacto con un caso confirmado de sarampión / rubeola en las 7 - 23 días antes del inicio del exantema? Si  No  N/S

Dónde \_\_\_\_\_

¿Viajó en los últimos 7 – 23 días antes del inicio del exantema? Si  No

Dónde \_\_\_\_\_

¿Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas? Si  No  Semanas de gestación \_\_\_\_\_



**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

Visita domiciliaria Si  No  N° de contactos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Otros Si  No  N° de contactos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Vacunación de bloqueo Si  No  N° de dosis aplicadas \_\_\_\_\_

**7. EXAMENES DE LABORATORIO**

Sangre  Suero

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	
1º						
2º						

Hisopado orofaríngeo  Aspirado orofaríngeo  Orina  Otras  \_\_\_\_\_

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	

**8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_ Fallecido

**CLASIFICACIÓN FINAL** (No llenar. Se clasifica en el nivel central de cada jurisdicción) Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Confirmado</b> <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Por Laboratorio <input type="checkbox"/>
	Rubeola <input type="checkbox"/>	Por Nexo Epidemiológico <input type="checkbox"/>
<b>Origen de la Infección:</b>		
Importado <input type="checkbox"/>	Autóctono <input type="checkbox"/>	
Relacionado a importación <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Descartado</b> <input type="checkbox"/>		
Sarampión/Rubéola Negativo <input type="checkbox"/> Posvacunal <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
<b>Compatible</b> <input type="checkbox"/>		

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y Sello Médico