



DEFINICIÓN DE CASO:

Casos sospechoso: paciente de cualquier edad, con fiebre (38° ó más) y exantema , o en el cual un profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.

Completar ante sospecha: Sarampión Rubéola

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y Apellido Sexo F M
 Fecha de nacimiento Edad
 Domicilio Localidad
 Departamento Tel/Cel
 Urbano Rural Fecha de notificación

DATOS DE VACUNACIÓN: Marcar con una X

Vacuna	si	no	desconoce	Fecha última dosis
Antisarampión			/...../.....
Doble viral (SR), sarampión-rubéola			/...../.....
Triple viral (SRP), sarampión, rubéola, paperas.			/...../.....

DATOS CLÍNICOS Marcar con una X

Fecha de consulta...../...../.....

	si	no	desconoce	Fecha de comienzo
Fiebre				
Exantema				
Tos				
Catarro Nasal				
Conjuntivitis				
Adenopatías				
Artralgias /Artritis				
Embarazada				Edad gestacional (semanas): Lugar del parto:
Hospitalizado				Nombre del Hospital:
Defunción				Fecha de defunción:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: Marcar con una X

Fecha de investigación...../...../.....

	Sarampión	Rubéola	Desconoce
Tuvo contacto con un caso de sarampión / rubéola 7 -23 días previos al comienzo del exantema (Si /No)			
	Si	No	Desconoce
Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema			
Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas			

ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL

	Si	No	Fecha
Visita domiciliaria (dentro de las 48 hs de notificación)		/...../.....
Vacunación de bloqueo para sarampión		/...../.....
Otros		/...../.....

DATOS DE LABORATORIO

Suero:

N°de muestra	Fecha toma de muestra	Nombre Laboratorio	Fecha de recepción Laboratorio	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
1°						
2°						

Otras muestras: Orina Aspirado nasofaríngeo Hisopado nasofaríngeo

Fecha de toma de muestra	Nombre de Laboratorio	Fecha de recepción Laboratorio	Fecha de procesamiento	Resultado	Comentarios

CLASIFICACIÓN FINAL: Marcar con una X

Sarampión Rubéola Descartado
 Confirmado por laboratorio Confirmado por nexa epidemiológico Compatible

INVESTIGADOR:

Nombre y Apellido
 e-mail
 Institución Firma y sello

Remitir ficha COMPLETA, con la muestra de 3-5 ml de suero , orina e hisopado nasofaríngeo rotuladas con nombre y apellido, edad, fecha de toma de muestra, a la Departamento Provincial de Inmunizaciones : Virgen del Carmen de Cuyo 59 Ciudad, Tel/FAX: 0261-4293594 / e-mail inmen@mendoza.gov.ar