



DEFINICIÓN DE CASO:

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

SOSPECHA INICIAL: SARAMPIÓN RUBÉOLA Otra EFE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido Sexo: M F
 Fecha de nacimiento:..... Edadaños.....meses DNI:.....
 Provincia:..... Departamento/Área:.....Localidad:.....
 Domicilio: Calle.....Nº..... Dto.....Barrio:.....Urbano .. Rural
 Fuente de notificación: Consulta Laboratorio ...Busq.Act Fecha de notificación:/...../.....

DATOS DE VACUNACIÓN: Marcar con una X

Vacuna	SI	NO	Desc	Fecha última dosis
Antisarampión			/...../.....
Doble viral (sarampión/rubéola)			/...../.....
Triple viral (sarampión/rubéola/paperas)			/...../.....

DATOS CLÍNICOS: Marcar con una X

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

	SI	NO	Desc	Fecha de comienzo
Fiebre			/...../.....
Exantema			/...../.....
Tos				
Catarro nasal				
Conjuntivitis				
Adenopatías				
Artralgia/Artritis				
Embarazada				Edad gestacional (semanas): Lugar de parto :
Hospitalizado				Hospital: Fecha de ingreso:/...../.....
Defunción				Fecha defunción:/...../.....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: Fecha de investigación:/...../..... Marcar con una X

	SI	NO	Desc	
Tuvo contacto con un caso de sarampión/ rubéola 7-23 días previos al comienzo del exantema?				
Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema?				Donde?
Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas?				

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

	SI	NO	Nº de contactos	Fecha:...../...../.....
Visita domiciliaria				Fecha:...../...../.....
Otros (donde?)				Fecha:...../...../.....
Vacunación de bloqueo para sar/rub			Nº dosis aplicadas:	Fecha:...../...../.....
Se realizó Búsquedas Activas?	SI	NO	Nº de casos encontrados	
Se realizó Monitoreo Rapido de Cobertura?	SI	NO	% Cobertura encontrada?	

DATOS DE LABORATORIO:

Suero:

Nº muestra	Fecha toma muestra	Nombre de Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
1ª	.../.../....		.../.../..../...../.....		
2ª	.../.../....		.../.../..../...../.....		

Otras muestras: Orina Aspirado nasofaríngeo Hisopado orofaríngeo

Fecha toma muestra	Nombre Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
...../...../.....		.../.../..../...../.....		
...../...../.....		.../.../..../...../.....		

CLASIFICACIÓN FINAL:

(Marcar con una X)

Sarampión Rubéola Descartado:
 Confirmado por laboratorio: Confirmado por nexa epidemiológico: Compatible:

INVESTIGADOR:

Nombre:.....Firma:.....
 TE:..... Correo electrónico:.....
 Institución:.....