



Definición de Caso

Caso sospechoso: Es todo paciente menor de 1 año, en el que se detecte uno o más de las siguientes manifestaciones al nacer: cataratas congénitas, cardiopatía congénita (conducto arterioso persistente, estenosis de la arteria pulmonar, etc.), púrpura o deficiencias auditivas; de quien un profesional de la salud sospecha SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección por rubéola o confirmación mediante pruebas de laboratorio durante el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

CLASIFICACIÓN INICIAL

Sospechoso por datos clínicos:
Hijo de madre con sospecha o confirmación de Rubéola:

1- DATOS DEL DECLARANTE

Provincia:..... Departamento: Localidad:.....
Establecimiento notificante:..... Fecha de notificación:...../...../.....
Apellido y Nombre del profesional:
Telefono:..... Mail:

2- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre:
Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad: Sexo: **M** **F** Nro. Doc.:.....
Domicilio Actual: Tel.:.....
Referencia de ubicación de Domicilio: Localidad:.....
Urbano Rural Departamento:..... Provincia:.....

3- DATOS CLINICOS

Fecha de Consulta:/...../..... Peso al nacer:.....gr. Edad gestacional:semanas

Signos Clínicos

Alteraciones oculares SI NO Desc. Hepatomegalia SI NO Desc.
Alteraciones cardíacas SI NO Desc. Ictericia SI NO Desc.
Alteraciones auditivas SI NO Desc. Esplenomegalia SI NO Desc.
Microcefalia SI NO Desc. Osteopatía SI NO Desc.
Purpura SI NO Desc.
Otros:.....

Estudios	Fecha	Resultados
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		

Hospitalizado SI NO Institución:..... Fecha de ingreso:...../...../.....
Defunción SI NO Fecha de defunción:/...../.....



4- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Apellido y Nombre:

Edad de la Madre:..... Años Cantidad de embarazos anteriores:.....

Antecedentes durante el Embarazo

Rubéola confirmada SI NO N/S Semana de embarazo:.....
 Enf. Similar a Rubéola SI NO N/S Semana de embarazo:.....
 Expuesta a Rubéola SI NO N/S Semana de embarazo:..... Lugar:.....
 Viajes SI NO N/S Semana de embarazo:..... Lugar:.....

Vacuna rubéola SI NO N/S Nro. de Dosis:..... Fecha de última dosis:...../...../.....

5- EXÁMENES DE LABORATORIO

Fecha toma	Nombre laboratorio	Fecha recepción	Fecha resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. de Laboratorio*	

*Diag. De laboratorio: 1.Rubéola, 2.Citomegalovirus, 3.Toxoplasmosis, 4.Sífilis, 5.Herpes, 6.Otros (Cuál)

Otros estudios de Laboratorio

Hisopado orofaríngeo: Fecha:...../...../..... Resultado:.....
 Orina: Fecha:...../...../..... Resultado:.....

6- ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Bloqueo: SI NO Nro. de Manzanas Visitadas:.....
 Aislamiento: SI NO Lugar:.....

Contactos	Domicilio/teléfono	N° Estudiado	N° Vacunado	N° No Vac.	Dosis Aplicadas
Familiares					
Institucionales					
Escolares					
Otros					

7- EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente Hospitalizado: SI NO Se ignora Fecha de Hospitalización:...../...../.....
 Institución:Fallecido Fecha:/...../.....

SRC Confirmado por laboratorio Infec. Congénita Rebéola (ICR)
 SRC Confirmado por diagnóstico clínico Compatible con SRC
 Descartado Otro

Origen de la infección de la madre

Importado Autóctono
 Relacionado a importación Desconocido

Fecha:/...../.....

.....

Firma y Sello Médico