



**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  Rubeola

---

**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 EPIDEMIOLOGICOS:** 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 nexo 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**