

Caso sospechoso de **SARAMPIÓN**  **RUBÉOLA**

**SE:** \_\_\_\_\_ **Fecha de notificación:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Inicio de síntomas:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fecha consulta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Internación:** SI  NO  **Fecha ingreso:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Institución:** \_\_\_\_\_ **Sector:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_ **int.:** \_\_\_\_\_

**Datos del caso**

**CI:** \_\_\_\_\_ **Nombres y apellidos (en imprenta):** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F  M  **Fecha nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Edad:** \_\_\_ años  meses  días

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Barrio:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_ **Tel/cel:** \_\_\_\_\_

**Datos del notificador**

**Nombre y apellido:** \_\_\_\_\_ **Notifica como:** \_\_\_\_\_ **Cel:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**Datos clínicos y epidemiológicos:**

<b>Fiebre</b> (Fecha de inicio: ___/___/___)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Rinorrea</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Exantema</b> (Fecha de inicio: ___/___/___) Tipo: maculopapular <input type="checkbox"/> vesicular <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Conjuntivitis</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Artralgias</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Adenopatías</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Tos</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Manchas de Koplik</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Antecedentes de vacunación**

**Recibió vacuna triple viral (SRP)** SI  NO  **N° de dosis recibidas** \_\_\_\_\_ **Fecha última dosis:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Antecedentes epidemiológicos y personales**

¿Contacto con caso sospechoso o confirmado de sarampión o rubéola en los últimos 7 a 23 días previos al inicio del exantema? SI  NO  Sin dato

De contestar afirmativamente indique quién o quienes: \_\_\_\_\_

¿Viajó en los últimos 7 a 23 días previos al inicio del exantema? SI  NO  Sin dato

De contestar afirmativamente, indique la región o país: \_\_\_\_\_

¿Cursa embarazo? SI  NO  **Semanas de gestación:** \_\_\_\_\_

<b>Paraclínica:</b>	<b>Fecha toma de muestra</b>	<b>Resultados para:</b>	<b>ELISA IgM</b>	<b>ELISA IgG</b>	<b>PCR VIRAL</b>
<i>Muestra de sangre enviada al Departamento de Laboratorios de Salud Pública</i>	1° ___/___/___	Sarampión	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
		Rubéola	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
	2° ___/___/___	Sarampión	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
		Rubéola	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Reactivo <input type="checkbox"/> NO reactivo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

**Evolución del caso**

**Requirió internación en CTI** SI  NO  **Egreso:** alta  fallecimiento  **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Diagnóstico final:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_  
**Clasificación (cuando corresponda):** confirmado  descartado  **N° Reg:** \_\_\_\_\_