

Caso sospechoso de las siguientes **ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES**
Varicela **Tos convulsa** **Parotiditis infecciosa** **Difteria** **Tétanos**

SE:		Fecha de notificación: __/__/__	
Inicio de síntomas: __/__/__	Fecha consulta: __/__/__	Internación: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ingreso: __/__/__
Institución:	Sector:	Tel:	int.:

Datos del caso

CI:	Nombres y apellidos (en imprenta):		
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha nacimiento: __/__/__	Edad: __ años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Barrio:	
Departamento:	Localidad:	Tel/cel:	

Datos del notificador

Nombre y apellido:	Notifica como:	Cel:
--------------------	----------------	------

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Datos clínicos:

Fiebre SI NO (Fecha de inicio: __/__/__) Señalar otros, según corresponda al evento.

Varicela		Tétanos	
Erupción cutánea vesicular	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Convulsiones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tos convulsa		Contracciones espásticas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tos/Tos paroxística	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Rigidez	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apnea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Trismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Estridor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Difteria	
Cianosis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Edemas (ganglionar y de cuello)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Parotiditis infecciosa		Pseudomembranas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Inflamación de las glándulas parótida	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Antecedentes de vacunación

Triple viral (SRP)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ultima dosis: __/__/__
Triple bacteriana (DPT/dpaT)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ultima dosis: __/__/__
Varicela	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha ultima dosis: __/__/__

Antecedentes epidemiológicos

¿Estuvo en contacto con caso sospechoso o confirmado de la enfermedad? SI NO Sin dato
 De contestar afirmativamente indique quién o quienes: _____

En caso sospechoso de tétanos: ¿tiene antecedentes de heridas en piel u otra puerta de entrada de riesgo?
 SI NO Sin dato De responder afirmativamente, en que fecha se produjo __/__/__

Paraclínica:

¿Se realizó estudio confirmatorio? SI NO Especifique cuál y su resultado: _____

Evolución del caso

Requirió internación en CTI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Egreso: alta <input type="checkbox"/> fallecimiento <input type="checkbox"/>	Fecha: __/__/__
Observaciones:	C.P.:	
	Nº Reg:	