

Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Toda persona que presente aumento uni o bilateral de la glándula parótida u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor sin otra causa aparente.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1. Fecha de consulta: ____/____/____ 2. Fecha de captación: ____/____/____ 3. Fecha de notificación: ____/____/____
 4. Nombre del Notificante: _____ 5. Tel. o cel. N°: _____
 6. Establecimiento de salud: _____ 7. Distrito: _____ 8. Región Sanitaria N°: [] []
 9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
 10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
 13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: [] [] [] [] [] [] 15. Sexo: F M 16. Nacionalidad: _____
 17. Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
 17.4 Dirección: _____
 17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
 17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18. Localidad: 1=Urbano 2=Rural 19. Com. indígena: 1=Si 2=No 19.1 Etnia: _____
 20. Ocupación: _____ 21. Dirección del trabajo o escuela: _____
 22. Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

23. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24. Vacuna: SPR 1=Si 2=No (considerar la última dosis) 25. N° de dosis: _____
 26. Fecha de vacunación: 26.1 1ª dosis: ____/____/____ 26.2 Ref.: ____/____/____ 26.3 Dosis adicional: ____/____/____
 27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: _____ 27.2 Distrito: _____ 27.3 Región N°: [] []

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

28. Fecha inicio de síntomas: ____/____/____
 29. **Síntomas y signos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 29.1 Aumento de Parótidas 29.6 Anorexia
 29.2 Otras salivales 29.7 Vómitos
 29.3 Fiebre 29.8 Dolor de oído
 29.4 Dolor al tragar 29.9 Dolor de cuello
 29.5 Cefalea 29.10 Otros _____
 30. **Complicaciones:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 30.1 Orquiepididimitis / Ooforitis 30.5 Sordera
 30.2 Pancreatitis 30.6 Meningoencefalitis
 30.3 Tiroiditis 30.7 Otras _____
 30.4 Mastitis

31. Hospitalización: 1=Si 2=No Si es sí: 31.1 Establecimiento: _____ 31.2 Fecha admisión: ____/____/____
 31.3 Días de internación: _____ 31.4 N° Historia clínica: _____ 31.5 Alta: 1=Con secuela 2=Sin secuela
 31.5.1 Describir: _____ 31.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
 32. Tratamiento: 32.1 Antibióticos: _____ 32.1.1 Dosis: _____ 32.1.2 Fecha: ____/____/____
 32.2 Otros medicamentos: _____ 32.2.1 Dosis: _____ 32.2.2 Fecha: ____/____/____

33. Fecha de visita domiciliaria: ____/____/____
 34. **Datos epidemiológicos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 34.1 Hubo contacto con otro caso de parotiditis 12 a 25 días antes del inicio de los síntomas? 34.1.1 Fecha: ____/____/____
 34.2 Existen otras personas en la casa o dentro de la familia con los mismos síntomas? 34.2.1 N° de personas: _____
 34.3 Viajó dentro de los últimos 12 - 25 días? 34.3.1 Dónde: _____ 34.3.2 Fecha: ____/____/____

F) CLASIFICACIÓN FINAL

35. Clasificación final: 1=Confirmado por clínica 2=Confirmado por nexo epidemiológico 3= Confirmado por laboratorio 4=Descartado 36. Fecha de clasificación final: ____/____/____