

Caso sospechoso: Todo menor de un año de edad en quien un trabajador de salud sospeche SRC porque:
- Presenta malformaciones congénitas subjetivas del SRC.
- La madre tuvo confirmación o sospecha de infección de Rubéola durante el embarazo.
- Todo caso potencial de SRC que finalice en aborto o defunción fetal.

Caso N°: ____/____/____

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 Y LA MADRE

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. Nombre de la madre: _____ 20.1 C.I. N°: _____
20.2 Edad: [] [] (años) 20.3 Escolaridad: 1=Primaria 2=Secundaria 3=Universitaria 4=Sin escolaridad 20.4 Ocupación: _____ 20.5 Dirección laboral: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA MADRE

21. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 22. Tipo de Vacuna: 1=SPR 2=SR 99=Sin antecedentes (considerar la última dosis) 23. N° de dosis: ____
24. Fecha de vacunación: ____/____/____ 24.1 1ª dosis: ____/____/____ 24.2 Ref.: ____/____/____ 24.3 Dosis adicional: ____/____/____
25. Lugar de vacunación última dosis: 25.1 Establecimiento de salud: _____ 25.2 Distrito: _____ 25.3 Región N°: [] []

D) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

26. Síntomas: Marcar según corresponda 1=Si 2=No 99=Desconocido
26.1 Ojos 26.1.1 Cataratas 26.1.2 Glaucoma 26.1.3 Retinopatía pigmentaria
26.2 Corazón 26.2.1 Persistencia del Conducto Arterioso 26.2.2 Estenosis de la Arteria Pulmonar 26.2.3 Otros defectos del corazón
26.3 Oídos 26.3.1 Defecto de la audición
26.4 Generales 26.4.1 Microcefalia 26.4.2 Retraso del desarrollo 26.4.3 Púrpura 26.4.4 Hepatomegalia 26.4.5 Esplenomegalia 26.4.6 Radio opacidad de huesos largos 26.4.7 Ictericia 26.4.8 Otros _____
27. Hospitalización: 1=Si 2=No Si es sí: 27.1 Establecimiento: _____ 27.2 Fecha admisión: ____/____/____
27.3 Días de internación: _____ 27.4 N° Historia clínica: _____ 27.5 Alta: 1=Con secuela 2=Sin secuela
27.5.1 Describir: _____ 27.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
28. Defunción: 1=Si 2=No Si es sí: 28.1 Lugar de defunción: _____ 28.2 Fecha defunción: ____/____/____
28.3 Causa básica de defunción: _____

E) ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

29. Antecedentes epidemiológicos: Marcar según corresponda: 1=Si 2=No 99=Desconocido EG= Edad Gestacional
29.1 Rubéola confirmada 29.1.1 Caso N°: _____ 29.1.2 EG: _____ 29.1.3 EFE no investigada: 29.1.4 EG: _____
29.2 Expuesto a caso de Rubéola 29.2.1 Caso N°: _____ 29.2.2 EG: _____ 29.2.3 Dónde: _____
29.3 Expuesto a caso probable de Rubéola 29.3.1 Caso N°: _____ 29.3.2 EG: _____ 29.3.3 Dónde: _____
29.4 Viajes a: _____ 29.4.1 EG: _____ 29.4.2 Fecha: ____/____/____
29.5 Contacto con viajeros de: _____ 29.5.1 EG: _____ 29.5.2 Fecha: ____/____/____

F) ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

30. Embarazos previos: _____ 30.1 Partos previos: _____ 31. Control PN: 1=Si 2=No 99=Desconocido 31.1 N° controles: ____ 31.2 Establecimiento: _____
32. FUM: ____/____/____ 32.1 FPP: ____/____/____ 32.2 EG: ____ 33. Finalización del embarazo: 1= Aborto 2= Parto 3= Cesárea 33.1 RN 1= Vivo 2= Muerto 33.2 Lugar: 1= Domicilio 2= Establecimiento de salud
34. Hospitalización: 1=Si 2=No Si es sí: 34.1 Establecimiento: _____ 34.2 Fecha admisión: ____/____/____
de la madre 1=Si 2=No 99=Desconocido 34.3 Días de internación: _____ 34.4 N° Historia clínica: _____ 34.5 Alta: 1=Con secuela 2=Sin secuela

G) DATOS DE LABORATORIO

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D.de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba**	Antígeno ***	Resultado ****	Fecha de Resultado
1ra. muestra										
2da. muestra										
3ra. muestra										

*1.Suero 2.Aspirado/Hisopado nasofaríngeo 3.Orina 4.Líquido cefalorraquídeo 5.Otro
**1.IgM EIA/Indirecta 2.IgM EIA/Captura 3.Aislamiento viral 4.PCR 5.IgM IF 6.IgG EIA/Captura 7.IgG IF 8.HI
***1.Sarampión 2.Rubéola 3.Dengue 4.Parvovirus B19 5.Herpes 6 6.Enterovirus 88.Otros
****0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

H) CLASIFICACIÓN FINAL

35. Fecha de clasificación final: ____/____/____
36. Clasificación final: 1=Confirmado 2=Descartado 37. Confirmado por: 1=Laboratorio 2=Dx. Clínico 38. Descartado: 1=Rubéola IgM negativo, aislamiento y/o PCR (-) 2=Otro diagnóstico _____