

Caso N°: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Caso sospechoso:** Toda persona con tos que dura al menos 2 semanas con uno o más de los siguientes síntomas: paroxismo, estridor final, vómitos inmediatamente después de la tos, sin otra causa aparente. En <3 meses de edad: apnea y cianosis.

**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 (adjuntar copia de fuente)  2= Registro del servicio de salud 24. Tipo de Vacuna:  1=Pentavalente  2=DPT - DTaP (considerar la última dosis)  99=Sin antecedentes 25. N° de dosis: \_\_\_\_\_  
26. Fecha de vacunación: 26.1 1ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.2 2ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.3 3ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.4 Ref1: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.5 Ref2: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_ 27.2 Distrito: \_\_\_\_\_ 27.3 Región N°: [ ] [ ]

**D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS**

Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido

28. Fecha inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

29. **Síntomas y signos:** 29.1 Fiebre  29.2 Estridor  29.3 Vómitos  29.4 Apnea  29.5 Cianosis  29.6 Hem. Subconjuntival  29.7 Rx: Imagen corazón velludo

30. **Periodos de evolución de la tos**

Semanas	1 a 2	3 a 6	7 a 8
Tos	Seca	Quintosa	Común
Periodo	Catarral	Paroxístico	De Convalecen.

31. **Complicaciones:** 31.1 Neumonías  31.2 Encefalopatías  31.3 Bronquiectasias  31.4 Otitis media  31.5 Insuficiencia renal  31.6 Otras: \_\_\_\_\_

32. Hospitalización:  1=Si  2=No Si es sí: 32.1 Establecimiento: \_\_\_\_\_ 32.2 Fecha admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 32.3 Días de internación: \_\_\_\_\_ 32.4 N° Historia clínica: \_\_\_\_\_ 32.5 Alta:  1=Con secuela  2=Sin secuela 32.5.1 Describir: \_\_\_\_\_ 32.5.2 Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

33. Tratamiento: 33.1 Antibiótico:  1=Si  2=No 33.1.1 Cuál: \_\_\_\_\_ 33.1.2 Dosis: \_\_\_\_\_ 33.1.3 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 33.2 Otros medicamentos: \_\_\_\_\_ 33.2.1 Dosis: \_\_\_\_\_ 33.2.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

34. Defunción:  1=Si  2=No Si es sí: 34.1 Lugar de defunción: \_\_\_\_\_ 34.2 Fecha defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 34.3 Causa básica de defunción: \_\_\_\_\_

35. **Datos de laboratorio de rutina:** 35.1 Fecha de toma de muestra de sangre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 35.2 Hemograma (oblig.): \_\_\_\_\_ 35.3 Glóbulos Rojos: \_\_\_\_\_ 35.4 Glóbulos Blancos: \_\_\_\_\_ 35.5 Linfocitos: \_\_\_\_\_ 35.6 Neutrófilos: \_\_\_\_\_ 35.7 Otros: \_\_\_\_\_ 36. Fecha de visita domiciliaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

37. **Datos epidemiológicos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido  
37.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de coqueluche dentro de los últimos 7 - 20 días? 37.1.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
37.2 Hubo contacto con otro caso sospechoso de coqueluche dentro de los últimos 7 - 20 días? 37.2.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
37.3 Viajó dentro de los últimos 7 - 20 días a algún otro distrito o país? 37.3.1 Dónde: \_\_\_\_\_ 37.3.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
37.4 Realizó seguimiento de contactos durante 20 días? 37.4.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; 37.4.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**E) DATOS DE LABORATORIO**

38. Antibióticos previos:  1=Si  2=No Si es sí: \_\_\_\_\_ 38.1 Antibiótico utilizado: \_\_\_\_\_

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**	Resultado ***	Fecha de Resultado
1ra. muestra									
2da. muestra									

\*1. Aspirado nasofaríngeo 2. Hisopado nasofaríngeo  
\*\*1. Cultivo 2. PCR convencional para especie 3. PCR Tiempo Real  
\*\*\*0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible)

**F) CLASIFICACIÓN FINAL**

39. Clasificación final:  1=Confirmado por laboratorio  2=Confirmado por nexos epidemiológico  3= Probable  4=Descartado 40. Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_