

Sospecha de: Sarampión Rubéola Otro (especificar) _____ Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Toda persona de cualquier edad en quien se sospeche Sarampión o Rubéola o que presente fiebre y exantema.

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: ____/____/____ Edad Años Meses Días 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. Tipo de Vacuna: 1= Antisarampionosa 2= SPR 3= SR 4= Sin antecedentes (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 de visita domiciliaria (investigación comunitaria): ____/____/____
29. Síntomas: Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 29.1 Fiebre Si conoce, temperatura: _____ °C Si no conoce, _____ 29.1.1 Fecha del inicio de fiebre: ____/____/____
 29.2 Erupción Si conoce, duración: _____ días Si no conoce, _____ 29.2.1 Fecha del inicio de erupción: ____/____/____ 29.2.2 Tipo de erupción: 1=Maculopapular 2=Vesicular 3=Otro 99=Desconocido
 29.3 Tos
 29.4 Conjuntivitis
 29.5 Coriza
 29.3 Manchas de Koplik
 29.3 Adenopatías
 29.3 Artralgias
30. Paciente embarazada: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 30.1 Semanas de gestación (01-42): ____ 30.2 Fecha probable de parto: ____
30.3 Lugar probable de parto: _____
31. Hospitalización: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 31.1 Establecimiento: _____ 31.2 Fecha admisión: ____/____/____
31.3 Días de internación: _____ 31.4 N° Historia clínica: _____
32. Defunción: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 32.1 Lugar de defunción: _____ 32.2 Fecha defunción: ____/____/____
32.3 Causa básica de defunción: _____
33. Posible fuente de infección: Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 33.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? 33.1.1 Fecha: ____/____/____
 33.2 Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso? 33.2.1 Fecha: ____/____/____
 33.3 Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción? 33.3.1 Dónde: _____ 33.3.1 Fecha: ____/____/____
 33.4 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas?
 33.5 Realizó seguimiento de contactos durante 21 días? 33.5.1 Fecha: ____/____/____; 33.5.2 Fecha: ____/____/____

E) 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. Enterovirus 7.Otros
****0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

F) CLASIFICACIÓN FINAL

34. Fecha de clasificación final: ____/____/____
35. Clasificación final: 1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado 36. Criterio para confirmación: 1=Laboratorio 2=Nexo epidemiológico 3=Clinica 37. Criterio para descartar: 1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción alérgica 7=Otro diagnóstico
38. Fuente de infección para casos confirmados: 1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono Si es importado o relacionado a importación: País de importación: _____
39. Contacto de otro caso: 1=Si 2=No 99=Desconocido 39.1 Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número: _____