

Definición de caso: Caso sospechoso - Todo menor de un año en quien un trabajador de salud de cualquier nivel del sistema de salud sospeche el SRC_ Generalmente se sospecha el SRC en un lactante cuando (1) el niño presenta uno o más de las siguientes condiciones: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos, púrpura o sordera; o (2) si la madre tuvo confirmación o sospecha de infección de rubéola durante el embarazo_ En especial los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos específicos del SRC

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Clasificación inicial sospechoso ☐

1-Por Datos Clínicos 2-Hijo de madre con sospecha o confirmación de Rubeola 99- Desconocido

ISIS _____

Establecimiento de salud que notifica: _____

País: _____

Teléfono del establecimiento que notifica: _____

Departamento _____

Notificado por: _____

Municipio: _____

Fecha de Consulta: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Notificación Local: ____/____/____
Día Mes Año

Red de Servicios: _____

Fecha de Visita Domiciliaria: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____
Día Mes Año

Localidad/Barrio/Ciudad: _____

Tipo de Sector de Institución que notifica: ☐ 1=Público 2=Privado 88=Otro, Especifique _____

Detectado por: ☐

1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad 5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido

II INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre y apellidos del Paciente: _____

Nombre de la madre o responsable: _____

Sexo del paciente: ☐ 1=Masculino 2=Femenino

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Día Mes Año

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____
Años Meses

Ocupación del Paciente: _____

Dirección 1 : _____ Dirección del trabajo o escuela : _____

Tipo de localidad: ☐ 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural

Ciudad _____

Teléfono: _____

Referencia, croquis, para localizar la casa: _____

III HISTORIA MATERNA

Nombre de la madre _____

Edad: _____

No_de Embarazos Previos: _____

Fecha Ultima Menstruación ____/____/____
Día Mes Año

Vacuna contra la Rubeola * ☐ N° de dosis _____ Fecha de Ultima Dosis: ____/____/____
Día Mes Año Verificado con carnet * ☐

Rubéola Confirmada* ☐ Semanas de Embarazo: _____ Enfermedad similar a Rubéola: ☐ Semanas de Embarazo: _____

Expuesta a Rubéola confirmado* ☐ Semanas de Embarazo: _____ Dónde: _____

Viajes* ☐ Semanas de Embarazo: _____ Dónde: _____

* 1-Sí, 2-No, 99-Desconocido

IV DATOS CLINICOS DEL RECIEN NACIDO

APGAR (1-10): _____ (Bajo Peso al Nacer: ☐ Peso: _____ grs_ Pequeño para edad Estacional: ☐ _____ semanas

OJOS *

Cataratas ☐

Glaucoma ☐

Retinopatía Pigmentaria ☐

CORAZON *

Persistencia del conducto Arterioso ☐

Estenosis de la Arteria Pulmonar ☐

OIDOS *

Sordera ☐

OTROS*

Microcefalia ☐

Retraso en el Desarrollo Sicomotor ☐

Purpura ☐

Hepatomegalia Hígado Agrandado ☐

Esplenomegalia (bazo agrandado) ☐

Osteopatía Radiolúcida ☐

Meningoencefalitis ☐

Otros ☐

Hospitalizado* ☐

No_ Hcl _____

Exámenes clínicos especiales ☐

Especificar _____

Fallecido* ☐

Fecha _____

Examen anátomo-patológico* ☐

Compatible con SRC * ☐

1-Sí, 2-No, 99-Desconocido

V DATOS DE LABORATORIO

Tome 2 cc de sangre al primer contacto con un caso sospechosos de SRC y una muestra par aislamiento viral

Fecha de Toma *	Laboratorio	Recibido en lab*	Tipo de Prueba	Diag. de Lab	Fecha y resultado*
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Rubeola 2-Citomeglovirus 3-Toxoplasmosis	____/____/____ <input type="checkbox"/>
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-IgM Captura 2-IgM Indirecta 3-IgG Elisa	<input type="checkbox"/> 4-Sífilis 5-Virus Herpes 8-Otros	____/____/____ <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Sin Proceso
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-PCR 5-Aislamiento 8-Otra	<input type="checkbox"/> 9-Desconocido 8-Otra 9-Desconocida	____/____/____ <input type="checkbox"/> 4-Inadecuada 5-Dudosa 9-Desconocido
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 9-Desconocida		

Otros estudios de Laboratorio _____

Genotipo del virus _____

VI CLASIFICACIÓN FINAL

Descartado por	Confirmado SRC	Origen de la Infección
<input type="checkbox"/> 1-Infección Congénita de Rubéola 88-Otro 99-Desocnocado	<input type="checkbox"/> 1-Laboratorio 2-Diagnóstico Clínico 99-Desconocido	<input type="checkbox"/> 1-Endemico 2-Importado 3-Relacionado a la Importación 99-Desconocido

VI SEGUIMIENTO DEL CASO POSITIVO

Todos los niños con IgM positivo deben tener seguimiento para evaluar la excreción del virus, a los tres meses, a los seis meses

Fecha de Toma *	Laboratorio	Recibido en lab*	Tipo de Prueba	Diag. de Lab	Fecha y resultado*
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-Rubeola 2-Citomeglovirus 3-Toxoplasmosis	____/____/____ <input type="checkbox"/>
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 1-IgM Captura 2-IgM Indirecta 3-IgG Elisa	<input type="checkbox"/> 4-Sífilis 5-Virus Herpes 8-Otros	____/____/____ <input type="checkbox"/> 1-Positivo 2-Negativo 3-Sin Proceso
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 4-PCR 5-Aislamiento 8-Otra	<input type="checkbox"/> 9-Desconocido 8-Otra 99-Desconocida	____/____/____ <input type="checkbox"/> 4-Inadecuada 5-Dudosa 99-Desconocido
____/____/____	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/> 99-Desconocida		

Investigador

Nombre: _____

Cargo : _____

Firma: _____

Fecha de Investigación: ____/____/____

Comentarios:_____