

Definición de caso: Caso sospechoso - Todo caso en el que se sospeche sarampión o rubéola. La persona enferma puede tener cualquier edad y presentar fiebre y erupción máculopapular, No vesicular.
Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial:
☐ 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido

No_Caso I 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 88=Otro, Especifique _____
2=Privado

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 PACIENTE

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 VACUNAL

Tipo de Vacuna*	Número de dosis**	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación***
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(*) 1=Antisarampionosa, 2=Antirrubéolica, 3=Doble Viral (SR), 4=Triple Viral (SRP)
(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido
(***) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Signos y Síntomas

¿Fiebre?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, temperatura (grados): _____	Fecha del inicio de la fiebre: _____/_____/_____ Día Mes Año								
¿Erupción?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción: _____/_____/_____ Día Mes Año	Tipo de erupción <input type="checkbox"/> 1=Maculopapular 2=Vesicular 88=Otro 99=Desconocido							
1=Sí 2=No 99=Desconocido											
¿Tos?	<input type="checkbox"/>	¿Conjuntivitis?	<input type="checkbox"/>	¿Coriza?	<input type="checkbox"/>	¿Manchas de Koplik?	<input type="checkbox"/>	¿Adenopatías?	<input type="checkbox"/>	¿Artralgia?	<input type="checkbox"/>
¿La paciente está embarazada?		<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto,		Número de semanas de embarazo (01-42): _____ Lugar donde probablemente dará a luz: _____						
¿Hospitalizado(a)?		<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto,		Nombre del hospital: _____ Fecha de admisión: _____/_____/_____ Día Mes Año Expediente Médico # : _____						
¿Defunción?		<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto,		Fecha de defunción: _____/_____/_____ Día Mes Año Causa básica de muerte: _____						

Comentarios: _____

V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO *Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado de garganta.*

Especímen			Prueba de Laboratorio							
Número muestra*	Tipo de muestra**	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab.	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Fecha de Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de la muestra en Lab.	Tipo de prueba †	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de Resultado (Día/Mes/Año)
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____	____/____/____	_____	_____	_____	_____	____/____/____

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c) _____

Comentarios: _____

(*) 1=Primera Muestra, 2=Segunda muestra, 3=Tercera muestra (si se justifica)
(**) 1=Sero, 2=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3=Hisopado de la garganta, 4=Orina, 5=Líquido Cefaloraquídeo, 88=Otro
(†) 1=IgM EIA/Indirecta, 2=IgM EIA/Captura, 3=Aislamiento Viral, 4=PCR, 5=IgM IF, 6=IgG EIA/Capture, 7=IgG IF, 8=HI
(‡) 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Parvovirus B19, 5=Herpes 6, 6=Enterovirus, 88=Otro
(§) 0=Negativo, 1=Positivo, 2=Muestra inadecuada, 3=Indeterminada , 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

VI INVESTIGACIÓN

¿Hubo búsqueda activa de casos?	<input type="checkbox"/> 1= Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto,	Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa: _____		
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto,	Nombre: _____		
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia?	<input type="checkbox"/> 1=Sí, con Sarampión 2=Sí, con Rubéola 3=Sí, con ambos 4=No 99=Desconocido				
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si viajó:	Ciudades/Países _____ _____	Fecha de entrada (Día/Mes/Año) ____/____/____ ____/____/____	Fecha de salida (Día/Mes/Año) ____/____/____ ____/____/____
¿Fuente de contagio?	<input type="checkbox"/> 1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro	_____			

VII MEDIDAS DE RESPUESTA

¿Hubo vacunación de respuesta?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto:	Fecha de inicio : _____/_____/_____ Día Mes Año	Fecha Final: _____/_____/_____ Día Mes Año
		Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: _____		
¿Hubo monitoreo rápido de cobertura?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto;	¿Qué % de vacunados se encontró?: _____	
¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso?	<input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Si es cierto;	Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: _____/_____/_____ Día Mes Año	

VIII CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/> 1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación: <input type="checkbox"/> 1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar: <input type="checkbox"/> 1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción Alérgica 88=Otro diagnóstico (especifique) _____
Fuente de infección para casos confirmados: <input type="checkbox"/> 1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono	Si es importado, o relacionado a importación: País de importación: _____	
¿Contacto de otro caso?: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número: _____	
Clasificado por: _____		Fecha de clasificación final: _____/_____/_____ Día Mes Año