

 Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud	 MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización	Ficha de Notificación e Investigación SARAMPION / RUBEOLA (CIE 10 – B05)	Código ISIS A ser llenado por el PAI Departamental ____/____/____
---	---	--	--

Definición de caso: Caso sospechoso - Todo caso en el que se sospeche sarampión o rubéola que presente fiebre y erupción máculopapular, NO vesicular. (independientemente de la edad)

NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL NIVEL SUPERIOR CORRESPONDIENTE

Durante el primer contacto el personal de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos, 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

País: Bolivia, Departamento _____		Establecimiento de salud que notifica _____	
Municipio: _____		Teléfono del establecimiento que notifica _____	
Red/Gerencia de Salud _____		Notificado por: _____ No. Tel _____	
Fecha de: Consulta _____	Notificación Local _____	Visita Domiciliaria _____	Notificación Nacional _____
	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año
Localidad/Barrio/Ciudad _____			

Detectado por: <input type="checkbox"/>	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	Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/>	1=Público 2=Privado 88=Otro (seguro, ONG, convenio) Especifique _____
---	--	--	--	--

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos _____		Nombre de la madre o responsable: _____	
Sexo <input type="checkbox"/>	1=Masculino 2=Femenino	Fecha de nacimiento _____	Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad _____
		Día Mes Año	Años Meses
Dirección actual _____		Dirección del trabajo o Unidad Educativa _____	
Nacionalidad _____		Ocupación _____	
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/>	1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Ciudad _____	Teléfono: _____

Referencias para localizar la vivienda: _____	Croquis de la vivienda 
---	--

III HISTORIA VACUNAL (Es importante hacer todo lo necesario para obtener esta información)

Tipo de Vacuna*	Número de dosis **	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/> 3=Doble Viral (SR) <input type="checkbox"/> 4=Triple Viral (SRP)	<input type="checkbox"/> 0=Cero dosis <input type="checkbox"/> 1=Una dosis <input type="checkbox"/> 2=Dos, <input type="checkbox"/> 3=Tres <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	____/____/____ Día Mes Año	<input type="checkbox"/> 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro, cuaderno de vacunación del establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Signos y Síntomas

Fiebre <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Temperatura (grados C: _____	Fecha del inicio de la fiebre: _____
			Día Mes Año
¿Erupción? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción: _____
			Día Mes Año
1=Si 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"/>	Si la respuesta es sí	Número de semanas de embarazo (01-42): _____	Lugar donde probablemente dará a luz: _____
Hospitalizado(a) <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí	Nombre del hospital _____	No. de Historia Clínica _____
		Fecha de admisión _____	
		Día Mes Año	
Defunción <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí	Fecha de defunción _____	Causa básica de muerte: _____
		Día Mes Año	

Comentarios _____

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

Especimen			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 EPIDEMIOLÓGICA

¿Hubo búsqueda activa de casos?	<input type="checkbox"/> 1= Si 2=No 99=Desconocido	Si es Sí	Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa:			
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada?	<input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es Sí	Nombre:			
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia?	<input type="checkbox"/> 1=Si, con Sarampión 2=Si, con Rubéola 3=Si, 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=Si 2=No 99=Desconocido	Si viajó:	Ciudades/Paises	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					

Información complementaria _____

VII. MEDIDAS DE RESPUESTA

Si la respuesta es afirmativa completar todos los campos, válido para todas las preguntas

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

VIII. CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN FINAL	1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación	1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar	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	Pais de importación		
¿Contacto de otro caso?	<input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número			
Clasificado por:		Fecha de clasificación final:	/ /		

NOTA:

Investigador: Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Correo electrónico _____ Teléfono / Celular _____

Fecha de Investigación: / /

Comentarios: _____

IMPORTANTE

- La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
- Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación.
- Tomar la muestra en el primer contacto en cantidad suficiente (Sangre, Aspirado/hisopado nasofaríngeo, hisopado de la garganta, orina, líquido cefaloraquídeo) Para ello se deben tomar muestras dentro de los primeros 28 días después de iniciada la erupción máculopapular. El virus del sarampión puede ser aislado de nasofaringe y orina en los primeros cinco días del inicio de la erupción
- Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
- No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
- Se debe enviar adjunto a la ficha: fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).

Nota: Esta ficha de investigación se encuentra disponible en el siguiente enlace www.snis.gob.bo/PAI

Imprima tres copias:

- Una para el establecimiento de salud,
- Una adjunta a la muestra,
- Una para envío a la coordinación/gerencia de red.