

Caso sospechoso – 1) Toda persona que presente aumento uni o bilateral de la glándula parótida u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor sin otra causa aparente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: ☐ 1=Parotiditis 99=Desconocido

Establecimiento de salud que notifica: _____

País: _____

Teléfono del establecimiento que notifica: _____

Departamento _____

Notificado por: _____ No. Celular _____

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: _____

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

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

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

Edad: ____ Años ____ Meses

Ocupación del Paciente: _____

Dirección 1 : _____

Dirección 2, del trabajo o escuela : _____

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

Ciudad _____

Teléfono: _____

Referencia, croquis, para localizar la casa: _____

Comentario: _____

III HISTORIA VACUNAL

Recibió la vacuna	SRP	Fecha de vacunación	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Verificación de la vacunación **
SRP1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>
SRP 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	_____	<input type="checkbox"/>

(**) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas						Estado Actual del paciente		
	Sí	No		Sí	No			
Aumento de parótidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido		<input type="checkbox"/>
Otras salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo		<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido		<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento	____/____/____	
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Día Mes Año	

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Institución, Establecimiento de salud: _____ Dirección: _____

Fecha de Notificación ____/____/____ Fecha de Investigación ____/____/____

Fecha de inicio de la enfermedad ____/____/____ Hospitalización ____/____/____

Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante)

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Dirección: _____

Vacunado: Si ☐ No ☐ Vacuna: _____ No de dosis _____ Verificado con carnet: Si ☐ No ☐

Contactos del caso

Nombres y apellidos	Edad	Dirección	Vacuna	Fecha de última dosis	Vacunado en esta investigación	
					Si	NO

Comentario: _____

Nombre del Investigador: _____ Cargo _____

Firma: _____

PAI Nacional