

Definición de caso

Caso sospechoso: todo paciente menor de 1 año con uno o más de las siguientes manifestaciones congénitas: cataratas, defectos cardíacos, sordera, púrpura, de quien el personal de salud de cualquier nivel de atención sospeche SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección con virus de rubéola o confirmación por laboratorio en el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

CLASIFICACION INICIALSospechoso por datos clínicos: Hijo de madre con sospecha o confirmación de rubeola: **1. DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____

Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____**3. DATOS CLINICOS**

Fecha de consulta: ____ / ____ / ____ Peso Nacer: _____ gramos Edad Gestacional: _____ semanas

Signos Clínicos

Alteraciones Oculares	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>
Alteraciones cardiacas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>	Ictericia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>
Alteraciones Auditivas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>
Microcefalia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>	Osteopatía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>
Púrpura	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> desc <input type="checkbox"/>		

Otros _____

Estudios		Fecha	Resultado
Otorrino			
Cardiología			
Oftalmología			
Neurología			
Otros:			



4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____

Edad de la Madre: _____ años Nº de embarazos anteriores: _____

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola Confirmada Si No N/S semana embarazo: _____

Enf. Similar rubéola Si No N/S semana embarazo: _____

Expuesta a rubéola Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____

Viajes Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____

Vacuna Rubeola Si No N/S Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: _____ / _____ / _____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. De Laboratorio*

*Diag de laboratorio: 1. Rubéola 2. Citomegalovirus 3. Toxoplasmosis 4. Sífilis 5. Herpes. 6. Otros (cuál)

Otros Estudios De Laboratorio

Hisopado orofaringeo: Fecha _____ / _____ / _____ Resultado _____

Orina Fecha _____ / _____ / _____ Resultado _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Bloqueo: Si No Nº manzanas visitadas: _____

Aislamiento: Si No Lugar: _____

CONTACTOS	DOMICILIO/TELEFONO	Nº ESTUDIADO	Nº VACUNADO	Nº NO VAC.	DOSIS APLICADAS
FAMILIARES					
INSTITUCIONALES					
ESCOLARES					
OTROS					

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: _____ / _____ / _____

Institución _____ Fallecido Fecha _____ / _____ / _____

SRC confirmado por laboratorio Infec. Congénita Rubéola (ICR)

SRC confirmado por diagnóstico clínico Compatible con SRC

Descartado Otro

Origen de la Infección de la Madre:

Importado Autóctono

Relacionado a importación Desconocido

Fecha _____ / _____ / _____

Firma y Sello Médico