

**Definición de caso**

**Caso sospechoso:** paciente > de 6 meses con por lo menos 14 días de tos, afebril, y que presenta uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómito posterior al acceso de tos y expectoración mucosa y filante sin otra causa aparente. Todo < de 6 meses con infección respiratoria aguda, tos, apnea o cianosis independientemente del tiempo de evolución. En situación de brote se debe ajustar la definición de caso de acuerdo a la situación epidemiológica

**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	____ / ____ / ____.	Fecha de inicio de los síntomas	____ / ____ / ____		
Neumonías	<input type="checkbox"/>	Tos	<input type="checkbox"/>	Estridor inspiratorio	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	Tos paroxística	<input type="checkbox"/>	Cianosis	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Síntomas catarrales	<input type="checkbox"/>
Duración de la Tos (en días)	_____ días			apnea	<input type="checkbox"/>

**4. DATOS DE VACUNACION**

Cuádruple Si  No  Triple bacteriana Si  No  Nº de dosis \_\_\_\_\_ Fecha última dosis \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Estuvo en contacto con un caso sospechoso de tos persistente o con una persona con síntomas similares a la del caso? Si  No  N/C   
 Quién? \_\_\_\_\_

Tuvo conocimiento de algún otro caso confirmado de tos convulsa? Si  No  N/C

Viajó en los últimos 30 días? Si  No  Lugar: \_\_\_\_\_

Durante el viaje estuvo en contacto con un caso de Tos persistente? Si  No  N/C

Asiste a alguna institución? Si  No

Domicilio laboral/ escolar: \_\_\_\_\_

**6. EXAMENES DE LABORATORIO**

Tipo de muestra	Fecha	Lugar enviado	Resultado	Técnica (Serología, PCR,CultivoViroológico)
Hisopado				
Aspirado				
Esputo				
Suero				

**7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

	Nº de contactos estudiados	Nº de contactos que recibieron ATB	Esquemas controlados	Esquemas completos
Contactos familiares				
Contactos laborales				
Contactos escolares				

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Complicaciones  Secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Desconocido

**Clasificación Final** Caso confirmado   
Caso descartado

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma y Sello Médico