

Definición de caso

**Caso sospechoso de SARAMPION:** Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema y cualquiera de los 3 catarros: Bronquial(tos), Nasal(rinorrea) o conjuntival(conjuntivitis)

**Caso sospechoso de RUBEOLA:** Paciente de cualquier edad, con fiebre, exantema y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.

### CLASIFICACION INICIAL

Caso Sospechoso de Sarampión:

Caso Sospechoso de Rubeola :

### 1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificador: \_\_\_\_\_ 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 DE VACUNACION

**VACUNA** *(Marque con una X)* **Fecha última dosis**

Componente antisarampión Si  No  desconocido  No corresponde  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Componente antirrubeóla Si  No  desconocido  No corresponde  \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 4. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fiebre  Fecha de Comienzo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Catarro Nasal

Exantema  Fecha de Comienzo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Conjuntivitis

Tos  Adenopatía

Artralgia/Artritis

Embarazada Si  No  N/S  Semanas de gestación \_\_\_\_\_ Lugar del parto \_\_\_\_\_

### 5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

#### Antecedentes de exposicion

¿Tuvo contacto con un caso confirmado de sarampión / rubeola en las 7 - 23 días antes del inicio del exantema? Si  No  N/S

Dónde \_\_\_\_\_

¿Viajó en los últimos 7 – 23 días antyes del inicio del exantema? Si  No

Dónde \_\_\_\_\_

¿Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas? Si  No  Semanas de gestación \_\_\_\_\_

### 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Visita domiciliaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de contactos _____	Fecha ____/____/____
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de contactos _____	Fecha ____/____/____
Vacunación de bloqueo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de dosis aplicadas _____	

### 7. EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre  Suero

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	
1º						
2º						

Hisopado orofaringeo  Aspirado orofaringeo  Orina  Otras  \_\_\_\_\_

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado		Comentarios*
				Sarampión	Rubeola	

### 8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

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

**CLASIFICACIÓN FINAL** (No llenar. Se clasifica en el nivel central de cada jurisdicción) Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Confirmado</b> <input type="checkbox"/>	Sarampión <input type="checkbox"/>	Por Laboratorio <input type="checkbox"/>
	Rubeola <input type="checkbox"/>	Por Nexo Epidemiológico <input type="checkbox"/>
<b>Origen de la Infección:</b>		
Importado <input type="checkbox"/>	Autóctono <input type="checkbox"/>	
Relacionado a importación <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Descartado</b> <input type="checkbox"/>	Sarampión/Rubéola Negativo <input type="checkbox"/>	Posvacunal <input type="checkbox"/>
	Dengue <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
<b>Compatible</b> <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	

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

Firma y Sello Médico