

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 ☐ N° 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, Cultivo Viroológico) |
|-----------------|-------|---------------|-----------|---|
| Hisopado | | | | |
| Aspirado | | | | |
| Espuito | | | | |
| Suero | | | | |

7. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

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

7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN 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