

Definición de caso

**Caso sospechoso de SARAMPION:** Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema y cualquiera de los 3 catarras: 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 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 DE VACUNACION

VACUNA

(Marque con una X)

Fecha última dosis

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

Componente antirrubéola 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 antes 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 ☐ No ☐ N° de contactos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Otros Si ☐ No ☐ N° de contactos \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Vacunación de bloqueo Si ☐ No ☐ N° de dosis aplicadas \_\_\_\_\_

### 7. EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre ☐ Suero ☐

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

Hisopado orofaríngeo ☐ Aspirado orofaríngeo ☐ 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"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
<b>Compatible</b> <input type="checkbox"/>		

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

Firma y Sello Médico