

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO
DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA
(SARAMPIÓN / RUBÉOLA) | SR

DEFINICIÓN DE CASO:

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad, con fiebre (38º o más) y exantema, o en el cual un/a profesional de salud sospeche sarampión o rubéola.

SOSPECHA INICIAL: SARAMPIÓN ☐ RUBÉOLA ☐ Otra EFE ☐

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y Apellido:
Sexo legal: Femenino (F) Masculino (M) No Binario (X)
Sexo al nacer: Femenino (F) Masculino (M) Indeterminado (I)
Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro
Fecha de nacimiento:..... Edad.....años.....meses DNI:.....
Provincia:..... Departamento/Área:..... Localidad:.....
Domicilio: Calle.....Nº..... Dto.....Barrio:.....Urbano ☐ Rural ☐
Teléfono celular de contacto:.....
Fuente de notificación: Consulta ☐ Laboratorio ☐ Busq.Act ☐ Fecha de notificación:/...../.....

DATOS DE VACUNACIÓN: Marcar con una X

Vacuna	SI	NO	Desc	Fecha última dosis
Antisarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/...../.....
Doble viral (sarampión/rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/...../.....
Triple viral (sarampión/rubéola/paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/...../.....

DATOS CLÍNICOS: Marcar con una X

Fecha de consulta:/...../.....

	SI	NO	Desc	Fecha de comienzo síntomas
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/...../.....
Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/...../.....
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Catarro nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Adenopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Artralgia/Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Persona gestante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Edad gestacional (semanas): Lugar de parto :
Hospitalizado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hospital: Fecha de ingreso:/...../....
Defunción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha de defunción:/..... /.....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: Fecha de investigación:/...../. Marcar con una X

	SI	NO	Desc	
¿Tuvo contacto con un caso de sarampión/ rubéola 7-23 días previos al comienzo del exantema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿A dónde?
¿Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Estuvo en contacto con alguna persona gestante desde el comienzo de los síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

	SI	NO	Nº de contactos	
Visita domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha: /...../....
Otros (¿dónde?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha:...../... /....
Vacunación de bloqueo para sar/rub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº dosis aplicadas:	Fecha:...../... /....

¿Se realizaron búsquedas activas?	SI	NO
¿Se realizó Monitoreo Rápido de Cobertura?	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº de casos encontrados	
% Cobertura encontrada	

DATOS DE LABORATORIO:

Suero:

Nº muestra	Fecha toma muestra	Nombre de Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
1ª	.../.../....		.../.../..../.../....		
2ª	.../.../....		.../.../..../.../....		

Otras muestras: Orina ☐ Aspirado nasofaríngeo ☐ Hisopado orofaríngeo ☐

Fecha toma muestra	Nombre Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
...../...../.....		.../.../..../.../....		
...../.../.....		.../.../..../.../....		

CLASIFICACIÓN FINAL: (Marcar con una X)

Sarampión: ☐ Rubéola: ☐ Descartado: ☐
Confirmado por laboratorio: ☐ Confirmado por nexos epidemiológicos: ☐ Compatible: ☐

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:

Nombre y apellido:.....
Firma:
TE:
Correo electrónico:.....
Institución:.....

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15.465/60