



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 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