

**Definición de caso**

Caso sospechoso: todo paciente menor de 1 año con uno o más de las siguientes manifestaciones congénitas: cataratas, defectos cardíacos, sordera, púrpura, de quien el personal de salud de cualquier nivel de atención sospeche SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección con virus de rubéola o confirmación por laboratorio en el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

CLASIFICACION INICIALSospechoso por datos clínicos: ☐Hijo de madre con sospecha o confirmación 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 CLINICOS**

Fecha de consulta: ____/____/____ Peso Nacer: _____gramos Edad Gestacional: _____ semanas

Signos ClínicosAlteraciones Oculares Si ☐ No ☐ desc ☐Hepatomegalia Si ☐ No ☐ desc ☐Alteraciones cardíacas Si ☐ No ☐ desc ☐Ictericia Si ☐ No ☐ desc ☐Alteraciones Auditivas Si ☐ No ☐ desc ☐Esplenomegalia Si ☐ No ☐ desc ☐Microcefalia Si ☐ No ☐ desc ☐Osteopatía Si ☐ No ☐ desc ☐Púrpura Si ☐ No ☐ desc ☐

Otros _____

Estudios		Fecha	Resultado
Otorrino			
Cardiología			
Oftalmología			
Neurología			
Otros:			



4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____

Edad de la Madre: _____ años

Nº de embarazos anteriores: _____

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola Confirmada Si ☐ No ☐ N/S ☐ semana embarazo: _____Enf. Similar rubéola Si ☐ No ☐ N/S ☐ semana embarazo: _____Expuesta a rubéola Si ☐ No ☐ N/S ☐ semana embarazo: _____ Lugar _____Viajes Si ☐ No ☐ N/S ☐ semana embarazo: _____ Lugar _____Vacuna Rubeola Si ☐ No ☐ N/S ☐ Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. De Laboratorio*

*Diag de laboratorio: 1. Rubéola 2. Citomegalovirus 3. Toxoplasmosis 4. Sífilis 5. Herpes. 6. Otros (cuál)

Otros Estudios De Laboratorio

Hisopado orofaríngeo: Fecha ____/____/____ Resultado _____

Orina Fecha ____/____/____ Resultado _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Bloqueo: Si ☐ No ☐

Nº manzanas visitadas: _____

Aislamiento: Si ☐ No ☐

Lugar: _____

CONTACTOS	DOMICILIO/TELEFONO	Nº ESTUDIADO	Nº VACUNADO	Nº NO VAC.	DOSIS APLICADAS
FAMILIARES					
INSTITUCIONALES					
ESCOLARES					
OTROS					

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: ____/____/____Institución _____ Fallecido ☐ Fecha ____/____/____SRC confirmado por laboratorio ☐ Infec. Congénita Rubéola (ICR) ☐SRC confirmado por diagnóstico clínico ☐ Compatible con SRC ☐Descartado ☐ Otro ☐

Origen de la Infección de la Madre:

Importado ☐ Autóctono ☐Relacionado a importación ☐ Desconocido ☐

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico