



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	
1°						
2°						

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 ____/____/____

Confirmado ☐	Sarampión ☐	Por Laboratorio ☐
	Rubeola ☐	Por Nexo Epidemiológico ☐
	Origen de la Infección:	
	Importado ☐	Autóctono ☐
	Relacionado a importación ☐	Desconocido ☐
Descartado ☐		
Sarampión/Rubéola Negativo ☐ Posvacunal ☐ Dengue ☐ Otro ☐ Desconocido ☐		
Compatible ☐		

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico