

FICHA DE NOTIFICACIÓN
TOS CONVULSA, COQUELUCHE O TOS FERINA
Caso sospechoso:

< de 1 año de edad: todo niño < de 1 año que inicie con tos de cualquier duración, sin otra causa aparente, acompañada al menos de uno de los siguientes síntomas: tos convulsiva (accesos de tos), estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente, apnea; o sospecha clínica de tos ferina.

≥1 año de edad: toda persona que inicie con tos con una duración ≥2 semanas, sin otra causa aparente, acompañada al menos de uno de los siguientes síntomas: tos convulsiva (accesos de tos), estridor inspiratorio, vómitos después de toser o vómitos sin otra causa aparente o sospecha clínica de tos ferina.

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: _____ Tel. o cel. Nº: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de consulta: _____ Fecha de captación: _____ Fecha de notificación: _____
 Cómo conoció el caso: Consulta Laboratorio B.A. Institucional B.A. Comunitaria Rumores Otros

2) DATOS DEL PACIENTE
2.1) DATOS PERSONALES

CI N° o Código: _____ Nombre y apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: Urbana Rural Comunidad indígena Si No Etnia: _____

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: _____ Ocupación: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: _____

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Si No
 Fuente: (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) Pentavalente N° de dosis: _____
 DPT
 TDPa
 Antecedentes de vacunación de la madre (Si el niño ≥1 año de edad) Si No
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) TDPa SI
 No

4) DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas: Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
 Tos Complicaciones
 Tos convulsiva o accesos de tos Neumonías
 Estridor insoiratorio Encefalopatías
 Vómitos Bronquiectasias
 Apnea Otitis media
 Cianosis Insuficiencia renal
 Fiebre Otras
 Rx Imagen de corazón velludo

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: Si No Fecha de admisión: ___/___/___
 Región Sanitaria _____ Distrito: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Antibiótico previo recibido: _____ Fecha de inicio: ___/___/___
 Defunción: Si No Fecha de defunción: ___/___/___

6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Fecha de intervención comunitaria: ___/___/___
 Hubo contacto con otro caso confirmado de coqueluche dentro de los últimos 7 - 20 días: Si No Fecha: ___/___/___
 Hubo contacto con otro caso sospechoso de coqueluche dentro de los últimos 7 - 20 días: Si No Fecha: ___/___/___
 Viajó dentro de los últimos 7 - 20 días a algún otro distrito o país: Si No Fecha: ___/___/___

7) DATOS LABORATORIALES

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D. de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba**	Resultado ***	Fecha de Resultado
1ra. muestra									
2da. muestra									

*1. Aspirado nasofaríngeo 2. Hisopado nasofaríngeo

**1. Cultivo 2. PCR convencional para especie 3. PCR Tiempo Real

***0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible)

8) CLASIFICACIÓN FINAL

Confirmado por laboratorio:
 Confirmado por nexa epidemiológico: Fecha de clasificación: ___/___/___
 Probable por clínica
 Descartado: