

**FICHA DE NOTIFICACIÓN**
**PAROTIDITIS**
**Caso sospechoso:**

**Toda persona que presente aumento de volumen uni o bilateral de las glándulas parótidas u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor, sin otra causa aparente.**

**1) DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. o cel. N°: \_\_\_\_\_  
 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) \_\_\_\_\_ SPR: \_\_\_\_\_ N° de dosis: \_\_\_\_\_

**3.1 Lugar de vacunación de la última dosis**

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

**4) DATOS CLÍNICOS**

<b>Signos y síntomas</b>	Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	<b>Complicaciones</b>
Aumento de Parótidas <input type="checkbox"/>		Orquiepididimitis <input type="checkbox"/>
Aumento de otras salivales <input type="checkbox"/>		Pancreatitis <input type="checkbox"/>
Fiebre <input type="checkbox"/>		Tiroiditis <input type="checkbox"/>
Dolor al tragar <input type="checkbox"/>		Mastitis <input type="checkbox"/>
Dolor de oído <input type="checkbox"/>		Sordera <input type="checkbox"/>
Dolor de cuello <input type="checkbox"/>		Meningoencefalitis <input type="checkbox"/>
Cefalea <input type="checkbox"/>		Otros: _____
Otros: _____		

**5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Medicación recibida: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Defunción: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Fecha de intervención comunitaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hubo contacto con otro caso de parotiditis 12 a 25 días antes del inicio de síntomas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Existen otras personas en la casa en la casa o dentro de la familia con los mismos síntomas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N° de personas: \_\_\_\_\_  
 Viajó dentro de los últimos 12 - 25 días a algún otro distrito o país Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7) CLASIFICACIÓN FINAL**

Confirmado por clínica:  Fecha de clasificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_