

FICHA DE NOTIFICACIÓN

ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA (EXANTEMÁTICA) EFE

Sospecha de: Sarampión Rubeola Otro (especificar) _____

Caso sospechoso: Toda persona de cualquier edad en que se sospeche Sarampión o Rubeola o que presente fiebre y exantema.

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: _____ Sexo: F M Nacionalidad: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

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: _____ Nombre de la madre o tutor: _____

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: _____
 Fecha de la última dosis: ____/____/____ SR:

4) DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas

Fiebre Tipo de erupción o exantema 1-Maculopapular Paciente embarazada 1-Si 2-No 99-Desconocido

Erupción Descripción de la erupción

Tos Localización Distribución

Conjuntivitis Cara Descendente

Coriza Torax Ascendente

Manchas de Koplik Abdomen Otros: _____

Adenopatías Miembros Superiores

Artralgias Miembros Inferiores

Palma y/o planta de pies

Fecha del inicio de fiebre: ____/____/____

Fecha del inicio de erupción: ____/____/____

Semanas de gestación (01-42) _____
 Fecha probable de parto: _____
 Lugar probable del parto: _____

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

Hubo contacto con otro caso confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? Si No Fecha: ____/____/____
 Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso? Si No Fecha: ____/____/____
 Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción? Si No Dónde: _____ Fecha: ____/____/____
 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas? Si No
 Fecha de intervención comunitaria: ____/____/____

7) DATOS DE LABORATORIO

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**	Antígeno ***	Resultado ****	Fecha de Resultado
1° muestra										
2° muestra										
3° muestra										

*1.Suero 2.Aspirado/Hisopado nasofaríngeo 3.Orina 4.Líquido cefalorraquídeo 5.Otro
 **1.IgM EIA/Indirecta 2.IgM Eia/Captura 3.Aislamiento viral 4.PCR 5.IgM IF 6.IgG EIA/Captura 7.IgG IF 8.HI
 ***1.Sarampión 2.Rubéola 3.Dengue 4.Parvovirus B19 5.Herpes 6 6.Enterovirus 7.Otros
 ****0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final: 1-Sarampión 2-Rubéola 3-Descartado Criterio para confirmación 1-Laboratorio 2- Nexo epidemiológico 3-Clinica Fecha de clasificación final: ____/____/____

Fuente de infección para casos confirmados 1-Importado 2-Relacionado a importación 3-Fuente desconocida Autóctono Si es importado o relacionado a importación: País de importación _____ Criterio para descartar 1-Sarampión/Rubeola IgM-neg 2-Reacción vacunal 3-Dengue 4-Parvovirus B19 5-Herpes 6 6-Reacción Alérgica 7-Otro diagnóstico

Contacto de otro caso: 1-Si/ 2-No/ 99-Desconocido