

FICHA DE NOTIFICACIÓN
SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA

Caso sospechoso: Todo menor de un año de edad en quien un trabajador de salud sospeche SRC porque:

- Presenta malformaciones congénitas subjetivas del SRC.
- La madre tuvo confirmación o sospecha de infección de Rubéola durante el embarazo.
- Todo caso potencial de SRC que finalice en aborto o defunción fetal.

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: F M Nacionalidad: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: _____ Urbana Comunidad Si
 Rural indígena 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 SPR:
 última dosis recibida) _____ SR N° de
 dosis: _____

4) DATOS CLÍNICOS
Signos y síntomas
Ojos

Cataratas
 Glaucoma
 Retinopatía pigmentaria

Corazón

Persistencia del Conducto Arterioso
 Estenosis de la Arteria Pulmonar
 Otros defectos del corazón

Oídos

Defecto de la audición _____

Generales

Microcefalia
 Retraso del desarrollo
 Púrpura
 Hepatomegalia
 Esplenomegalia
 Radio opacidad de huesos largos
 Ictericia
 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

Rubeola confirmada Si No EG _____ EFE no investigada _____ EG _____
 Expuesto a caso de Rubéola Si No EG _____ Dónde _____
 Expuesto a caso probable de Rubéola Si No EG _____ Dónde _____
 Viajes a: _____ EG _____ Fecha ____/____/____
 Contacto con viajeros de: _____ EG _____ Fecha ____/____/____

7) DATOS LABORATORIAL

N° de muestras	Tipo de muestras	Fecha toma de muestras	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 88.Otros
 ****0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

8) ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Embarazos previos: _____ Partos previos: _____ Control PN: N° controles: _____ Establecimiento: _____
 FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____ EG: _____ Finalización del embarazo _____ RN Lugar

9) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final _____ **Fecha de clasificación:** ____/____/____
 Confirmado por laboratorio
 Confirmado por Dx Clínico
 Descartado