

Caso sospechoso: Toda persona que presente fiebre y erupción papulovesicular generalizada y pruriginosa.
O cuando el personal de salud sospeche Varicela.

Caso N°: ____/____/____

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1. Fecha de consulta: ____/____/____ 2. Fecha de captación: ____/____/____ 3. Fecha de notificación: ____/____/____
4. Nombre del Notificante: _____ 5. Tel. o cel. N°: _____
6. Establecimiento de salud: _____ 7. Distrito: _____ 8. Región Sanitaria N°
9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad Años Meses Días 15. Sexo: F M 16. Nacionalidad: _____
17. Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
17.4 Dirección: _____
17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18. Localidad: 1=Urbano 2=Rural 19. Com. indígena: 1=Si 2=No 19.1 Etnia: _____
20. Ocupación: _____ 21. Dirección del trabajo o escuela: _____
22. Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

23. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24. Vacuna: Contra varicela: 1= Si 2= No
25. Fecha de vacunación: 25.1 1ª dosis: ____/____/____ 25.2 Dosis adicional: ____/____/____
26. Lugar de vacunación última dosis: 26.1 Establecimiento de salud: _____ 26.2 Distrito: _____ 26.3 Región N°: _____

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

27. Fecha de visita domiciliaria (investigación comunitaria): ____/____/____
28. **Síntomas:** Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
Si conoce, Si conoce, Si conoce,
 28.1 Fiebre temperatura: _____ °C 28.1.1 Fecha del inicio de fiebre: ____/____/____
 28.2 Erupción duración: _____ días 28.2.1 Fecha del inicio de erupción: ____/____/____ 28.2.2 Tipo de erupción: 1=Maculopapular 2=Vesicular 3=Otro 99=Desconocido
 28.3 Cefalea
 28.4 Prurito
 28.5 Lesiones ulcerosas orofaríngeas
29. **Complicaciones**
 29.1 Trombocitopenia 29.2 Artritis 29.3 Hepatitis 29.4 Ataxia cerebelosa 29.5 Encefalitis 29.6 Meningitis 29.7 Glomerulonefritis 29.8 Sobre infección bacteriana
30. Hospitalización: Si es sí; 30.1 Establecimiento: _____ 30.1.2 Fecha admisión: ____/____/____
30.3 Días de internación: _____ 30.4 N° Historia clínica: _____ 30.5 Alta: 1=Con secuela 2=Sin secuela
30.5.1 Describir: _____ 30.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
31. Tratamiento: 31.1 IG contra varicela-zoster: 1= Si 2= No 99= Desconocido Cuál: _____ 31.1.1 Cuál: _____ 31.1.2 Dosis: _____ 31.1.3 Fecha: ____/____/____
31.2 Otros medicamentos: _____ 31.2.1 Dosis: _____ 31.2.2 Fecha: ____/____/____
32. Defunción: Si es sí; 32.1 Lugar de defunción: _____ 32.2 Fecha defunción: ____/____/____
32.3 Causa básica de defunción: _____

33. **Posible fuente de infección:** Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 33.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de Varicela 10-21 días antes del inicio de la erupción? 33.1.1 Fecha: ____/____/____
 33.2 Hubo algún caso confirmado de Varicela en el área antes de este caso? 33.2.1 Fecha: ____/____/____
 33.3 Viajó durante los 10-21 días previos al inicio de la erupción? 33.3.1 Dónde: _____ 33.3.1 Fecha: ____/____/____
 33.4 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas?
 33.5 Realizó seguimiento de contactos durante 21 días? 33.5.1 Fecha: ____/____/____; 33.5.2 Fecha: ____/____/____

E) 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
1ra. muestra										
2da. muestra										

*1. Suero 2. Raspado de la vesícula 3. Líquidos tisulares o tejidos
**1. IgM EIA/Indirecta 2. Cultivo de tejido 3. Frotis Tzanck 4. PCR
***1. Varicela 2. Otros
****0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible)

F) CLASIFICACIÓN FINAL

34. Fecha de clasificación final: ____/____/____
35. Clasificación final: 1=Confirmado por clínica 2=Confirmado por laboratorio 3=Confirmado por nexos epidemiológico 4=Descartado