

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.

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 Y LA MADRE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: [] [] [] [] [] [] 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. Nombre de la madre: _____ 20.1 C.I. N°: _____
20.2 Edad: [] [] (años) 20.3 Escolaridad: [] 1=Primaria 2=Secundaria 3=Universitaria 4=Sin escolaridad 20.4 Ocupación: _____ 20.5 Dirección laboral: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA MADRE

21. Fuente: [] 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 22. Tipo de Vacuna: [] 1=SPR 2=SR 99=Sin antecedentes (considerar la última dosis) 23. N° de dosis: ____
24. Fecha de vacunación: ____/____/____ 24.1 1ª dosis: ____/____/____ 24.2 Ref.: ____/____/____ 24.3 Dosis adicional: ____/____/____
25. Lugar de vacunación última dosis: 25.1 Establecimiento de salud: _____ 25.2 Distrito: _____ 25.3 Región N°: [] []

D) DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

26. Síntomas: Marcar según corresponda 1=Si 2=No 99=Desconocido
26.1 Ojos: 26.1.1 Cataratas [] 26.1.2 Glaucoma [] 26.1.3 Retinopatía pigmentaria []
26.2 Corazón: 26.2.1 Persistencia del Conducto Arterioso [] 26.2.2 Estenosis de la Arteria Pulmonar [] 26.2.3 Otros defectos del corazón []
26.3 Oídos: 26.3.1 Defecto de la audición []
26.4 Generales: 26.4.1 Microcefalia [] 26.4.2 Retraso del desarrollo [] 26.4.3 Púrpura [] 26.4.4 Hepatomegalia [] 26.4.5 Esplenomegalia [] 26.4.6 Radio opacidad de huesos largos [] 26.4.7 Ictericia [] 26.4.8 Otros _____
27. Hospitalización: [] 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 27.1 Establecimiento: _____ 27.2 Fecha admisión: ____/____/____
27.3 Días de internación: _____ 27.4 N° Historia clínica: _____ 27.5 Alta: [] 1=Con secuela 2=Sin secuela
27.5.1 Describir: _____ 27.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
28. Defunción: [] 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 28.1 Lugar de defunción: _____ 28.2 Fecha defunción: ____/____/____
28.3 Causa básica de defunción: _____

E) ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

29. Antecedentes epidemiológicos: Marcar según corresponda: 1=Si 2=No 99=Desconocido EG= Edad Gestacional
29.1 Rubéola confirmada 29.1.1 Caso N°: _____ 29.1.2 EG: _____ 29.1.3 EFE no investigada: [] 29.1.4 EG: _____
29.2 Expuesto a caso de Rubéola 29.2.1 Caso N°: _____ 29.2.2 EG: _____ 29.2.3 Dónde: _____
29.3 Expuesto a caso probable de Rubéola 29.3.1 Caso N°: _____ 29.3.2 EG: _____ 29.3.3 Dónde: _____
29.4 Viajes a: _____ 29.4.1 EG: _____ 29.4.2 Fecha: ____/____/____
29.5 Contacto con viajeros de: _____ 29.5.1 EG: _____ 29.5.2 Fecha: ____/____/____

F) ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

30. Embarazos previos: _____ 30.1 Partos previos: _____ 31. Control PN: [] 1=Si 2=No 99=Desconocido 31.1 N° controles: _____ 31.2 Establecimiento: _____
32. FUM: ____/____/____ 32.1 FPP: ____/____/____ 32.2 EG: _____ 33. Finalización del embarazo: [] 1= Aborto 2= Parto 3= Cesárea 33.1 RN [] 1= Vivo 2= Muerto 33.2 Lugar: [] 1= Domicilio 2= Establecimiento de salud
34. Hospitalización de la madre: [] 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 34.1 Establecimiento: _____ 34.2 Fecha admisión: ____/____/____
34.3 Días de internación: _____ 34.4 N° Historia clínica: _____ 34.5 Alta: [] 1=Con secuela 2=Sin secuela

G) 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 | | | | | | | | | | |
| 3ra. 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. Enterovirus 88. Otros
****0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible)

H) CLASIFICACIÓN FINAL

35. Fecha de clasificación final: ____/____/____
36. Clasificación final: [] 1=Confirmado 2=Descartado 37. Confirmado por: [] 1=Laboratorio 2=Dx. Clínico 38. Descartado: [] 1=Rubéola IgM negativo, aislamiento y/o PCR (-) 2=Otro diagnóstico _____