

Sospecha de: Sarampión  Rubéola  Otro  (especificar) \_\_\_\_\_ Caso N°: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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. Tipo de Vacuna:  1= Antisarampionosa  2= SPR  3= SR  4= Sin antecedentes (considerar la última dosis) 25. N° de dosis: \_\_\_\_  
26. Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.1 1ª dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.2 Ref.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.3 Dosis adicional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_ 27.2 Distrito: \_\_\_\_\_ 27.3 Región N°: \_\_\_\_

**D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS**

28. Fecha de visita domiciliaria (investigación comunitaria): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
29. **Síntomas:** Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido  
 29.1 Fiebre Si conoce, temperatura: \_\_\_\_\_ °C Si no conoce, 29.1.1 Fecha del inicio de fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 29.2 Erupción Si conoce, duración: \_\_\_\_\_ días Si no conoce, 29.2.1 Fecha del inicio de erupción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 29.2.2 Tipo de erupción:  1=Maculopapular  2=Vesicular  3=Otro  99=Desconocido  
 29.3 Tos  
 29.4 Conjuntivitis  
 29.5 Coriza  
 29.3 Manchas de Koplik  
 29.3 Adenopatías  
 29.3 Artralgias  
30. Paciente embarazada:  1=Si  2=No  99=Desconocido Si es sí: 30.1 Semanas de gestación (01-42): \_\_\_\_ 30.2 Fecha probable de parto: \_\_\_\_  
30.3 Lugar probable de parto: \_\_\_\_\_  
31. Hospitalización:  1=Si  2=No  99=Desconocido Si es sí: 31.1 Establecimiento: \_\_\_\_\_ 31.2 Fecha admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
31.3 Días de internación: \_\_\_\_\_ 31.4 N° Historia clínica: \_\_\_\_\_  
32. Defunción:  1=Si  2=No  99=Desconocido 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 Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? 33.1.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 33.2 Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso? 33.2.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 33.3 Viajó durante los 7-23 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										
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 7.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=Sarampión  2=Rubéola  3=Descartado 36. Criterio para confirmación:  1=Laboratorio  2=Nexo epidemiológico  3=Clinica 37. Criterio para descartar:  1=Sarampión/Rubéola IgM-neg  2=Reacción vacunal  3=Dengue  4=Parvovirus B19  5=Herpes 6  6=Reacción alérgica  7=Otro diagnóstico  
38. Fuente de infección para casos confirmados:  1=Importado  2=Relacionado a importación  3=Fuente desconocida  4=Autóctono Si es importado o relacionado a importación: País de importación: \_\_\_\_\_  
39. Contacto de otro caso:  1=Si  2=No  99=Desconocido 39.1 Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número: \_\_\_\_\_