

**FICHA DE NOTIFICACIÓN**
**VARICELA**

**Caso sospechoso: Toda persona que presente erupción papulovesicular generalizada y pruriginosa acompañada o no de fiebre. O cuando el personal de salud sospeche varicela.**

**1) DATOS DEL NOTIFICADOR**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. o cel. Nº: \_\_\_\_\_  
 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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  Embarazada: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_

**2.2) DATOS DE RESIDENCIA**

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Barrio o compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_  
 Localidad: Urbana  Sí   
 Rural  Comunidad indígena 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/Padre o Responsable \_\_\_\_\_

**3) DATOS DE VACUNACIÓN**

Antecedentes de vacunación del caso: Sí  No   
 Fuente: (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación o registro de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) VVZ  N° de dosis: \_\_\_\_\_

**4) DATOS CLÍNICOS**

<b>Signos y síntomas</b>		<b>Complicaciones</b>	
Erupción vesicular	<input type="checkbox"/>	Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	Ataxia cerebelosa	<input type="checkbox"/>
Lesiones ulcerosas orofaríngeas	<input type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		Meningitis	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio: ____/____/____		Sobreinfección Bacteriana	<input type="checkbox"/>
		Otros: _____	

**5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 IG contra Varicela Zoster Especificar: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Defunción: SI  NO  Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Hubo contacto con otro caso confirmado de Varicela 10-21 días antes del inicio de la erupción: Sí  No  Fecha de exposición: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hubo algún caso confirmado de Varicela en el área antes de este caso: Sí  No  Fecha de exposición: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas: Sí  No  Fecha de contacto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Viajó dentro de los últimos 10 - 21 días a algún otro distrito o país: Sí  No  Fecha de partida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de intervención comunitaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de regreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7) CLASIFICACIÓN FINAL**

Confirmado por clínica:  Fecha de clasificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_