

FICHA DE INVESTIGACIÓN ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA (EXANTEMÁTICA)-EFE-

Caso N° ID: PRY/ REG / DIST / AÑO / N° CASO

Sospecha de: Sarampión Rubéola Otro (especificar)
Caso sospechoso: Toda persona de cualquier edad en quien se sospeche Sarampión o Rubéola o que presente fiebre y exantema maculopapular.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de consulta: Fecha de captación: Fecha de notificación local: Fecha de notificación nacional:
Nombre del Notificante: Establecimiento de salud: Distrito: Región Sanitaria N°:
Tipo-sector que notifica: Pùblico Seguridad social Privado Otro Especifique:
Cómo conoció el caso: Consulta Laboratorio B.A. Institucional B.A. Comunitaria Rumores Otros

B) DATOS DEL PACIENTE

Identificación/C.I./Documento extranjero: Nombre y apellido del paciente:
Fecha de nacimiento: Edad: Sexo: F M Nacionalidad:
Domicilio: 18.1 Departamento: 18.2 Distrito: 18.3 Barrio o Cñia.:
Dirección:
Ref. para ubicar el domicilio:
Coordenadas de la dirección: Latitud Longitud
Tel. de contacto: Localidad: Urbano Rural Com. indígena: Etnia:
Ocupación: Dirección del trabajo o escuela:
Nombre de la madre/padre o responsable: C.I. N°:

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN (adjuntar copia de fuente)

Fuente: Tarjeta de vacunación Registro del servicio de salud RVE
Tipo de Vacuna: Antisarampión SR SPR Sin antecedentes
Total N° de dosis:
Fecha de vacunación: 1ª dosis: 2ª dosis: Dosis adicional:
Lugar de vacunación última dosis: Establecimiento de salud: Distrito: Región N°:

D) DATOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

Síntomas: Marcar en cada casilla según corresponda:
Fecha de visita domiciliaria:
Fiebre Erupción Tos Conjuntivitis Coriza Manchas de Koplik Adenopatías Artralgias
Complicaciones: Neumonía Encefalitis Diarrea Trombocitopenia Otitis M. aguda Otros No
Posible fuente de infección: Marcar en cada casilla según corresponda:
Hubo contacto con otro caso confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción?
Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso?
Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción?
Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas?
Realizó seguimiento de contactos durante 21 días?

E) Datos de laboratorio

Table with 11 columns: 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

*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

Clasificación final: Sarampión Rubéola Descartado
Criterio para confirmación: Laboratorio Nexo epidemiológico Clínica
Fecha de clasificación final:
Criterio para descartar:
Fuente de infección para casos confirmados: Importado Relacionado a importación Fuente desconocida Autóctono
Si es importado o relacionado a importación: País de importación:
Contacto de otro caso: Si Contacto de (o nexa epidemiológico con) caso número:
Estado actual: Recuperado Transferido Fallecido Desconocido