

Clasificación inicial: Sospechoso **Sarampión:** **Rubéola:**

Caso sospechoso de Sarampión: Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema, y cualquiera de los tres catarros: bronquial (tos), nasal (rinorrea) o conjuntival (conjuntivitis).

Caso sospechoso de Rubéola: Paciente de cualquier edad, con fiebre y exantema, y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.

Datos de identificación

Apellido y nombre: Sexo: M F

Edad en años: en meses: Fecha de nacimiento:/...../.....

Domicilio: Calle: N°: Dpto: Barrio:

Localidad: Departamento: Provincia:

Urbano Rural

Fuente de notificación: Fecha de notificación:/...../.....

Datos de vacunación

Marcar con una x lo que corresponda

Vacuna	Si	No	Desconoc.	No corresp.	Fecha última dosis
Componente antisarampión					/ /
Componente antirrubéola					/ /

Datos clínicos

Fecha de consulta:/...../.....

Síntomas	Si	No	Fecha de comienzo
Fiebre		 / /
Exantema		 / /
Tos			
Catarro nasal			
Conjuntivitis			
Adenopatía			
Artralgia/artritis			

Embarazada Si No Desconoce

Semanas de gestación:

Lugar del parto:

Hospitalizado Si No

Institución:

Fecha de ingreso:/...../.....

Defunción Si No Fecha de defunción:/...../.....

Profesional

Apellido y nombre:

Teléfono: Correo electrónico:

Institución:

.....
Firma y sello

Antecedentes de exposición		
¿Tuvo contacto con un caso confirmado de sarampión/rubéola en los 7-23 días previos al inicio del exantema?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/>
¿Dónde?		
¿Viajó en los 7-23 días previos al inicio del exantema?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Dónde?		
¿Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Semanas de gestación:		

Acciones de control				
	Si	No	N° de contactos	Fecha
Visita domiciliaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /
Vacunación de bloqueo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N° de dosis aplicadas:				

Datos de laboratorio						
Sangre <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/>						
	Fecha toma muestra	Nombre del laboratorio	Fecha recepción laboratorio	Fecha de resultados	Resultado	
					Sarampión	Rubéola
1°	/ /		/ /	/ /		
2°	/ /		/ /	/ /		
Comentarios:						
Hisopado orofaríngeo <input type="checkbox"/> Aspirado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>						
	Fecha toma muestra	Nombre del laboratorio	Fecha recepción laboratorio	Fecha de resultados	Resultado	
					Sarampión	Rubéola
	/ /		/ /	/ /		
Comentarios:						

Clasificación final (No completar. Se clasifica en el Nivel Central de cada jurisdicción)	
Fecha de clasificación:/...../.....	
Confirmado Sarampión <input type="checkbox"/>	Confirmado Rubéola <input type="checkbox"/>
Laboratorio <input type="checkbox"/> Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>	
Origen de la infección	
<input type="checkbox"/> Importado	<input type="checkbox"/> Autóctono
<input type="checkbox"/> Relacionado con importación	<input type="checkbox"/> Desconocido
Descartado <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sarampión/Rubéola negativo	<input type="checkbox"/> Posvacunal <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido
Compatible <input type="checkbox"/>	

Identificación del responsable de la Vigilancia

Apellido y nombre: Firma: