



FICHA DE INVESTIGACION DE
CASOS DE COQUELUCHE (TOS CONVULSA)

TC

Definición de Caso sospechoso:

Menores de 6 meses: Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.

Mayores de 6 meses hasta 11 años: Tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.

Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante

DATOS DEL NOTIFICADOR

Establecimiento al que pertenece el Notificador:.....

Localidad:.....Departamento:.....Provincia:.....

Apellido y Nombre:.....

Correo electrónico:.....Tel/FAX:.....Celular:.....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido:..... Nombre:.....

Fecha de nacimiento:/...../.....

Edad (años):En menores de 2 años (meses):Sexo:

Domicilio:.....:Teléfono.....

Provincia:..... Localidad.....:

DATOS CLÍNICOS

Centro de Salud donde se atiende:.....

Servicio:.....Domicilio:.....Teléfono:.....

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

Fecha de inicio síntomas:/...../.....

Indicar si se trata de paciente: Ambulatorio Hospitalizado

Descripción clínica:

Signos/síntoma	SI	NO	Signos/síntoma	SI	NO
Tos			Cianosis		
Tos paroxística			Vómitos		
Estridor			Síntomas catarrales		
Apnea					

Otros síntomas (citar):.....

¿Hoy tiene tos?: NO: SI

Complicaciones:

Neumonía: Convulsiones: Encefalopatía aguda:

Otras(especificar):.....

Tratamiento:

Antibióticos NO: SI Previo: NO: SI: Fármacos usados y duración:

Actual: NO: SI: Fármacos usados y duración:

DATOS DE LABORATORIO

Tipo muestra:

1- Aspirado nasofaríngeo Hisopado nasofaríngeo

Extracción de muestra: Fecha...../...../.....

2- Suero

Extracción de muestra. Fecha de toma de primera muestra...../...../.....

Fecha de toma de segunda muestra...../...../.....

Hemograma: Número de glóbulos blancos:..... Número de linfocitos:.....

DATOS DE VACUNACIÓN (CON CARNET)

Ha recibido vacuna anti coqueluche? Tipo de vacuna:

Número de dosis recibidas:.....

Fechas: 1º/...../..... 2º/...../..... 3º/...../.....

1er Refuerzo/...../.....

2do Refuerzo/...../.....

Refuerzo de los 11 años:/...../.....

Ultima dosis recibida: Fecha...../...../.....

Vacunación de la madre en el embarazo: Fecha...../...../.....

Semana de gestación:.....



**FICHA DE INVESTIGACION DE
CASOS DE COQUELUCHE (TOS CONVULSA)**

TC

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estuvo en contacto con alguna persona que presentaba sintomatología similar a la del caso o con tos persistente? .

Quién?

Dónde reside?

Asiste a alguna institución (escuela, jardín, club, etc.)? SI: NO:

Cuál?

Dónde está ubicada?

ACCIONES DE INVESTIGACIÓN, CONTROL Y PREVENCIÓN

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
familiares/hogar						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Escolares						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Laborales						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Otras						

EVOLUCIÓN

Alta: SI: NO:

Fallecimiento: SI: NO:

Secuelas: SI: NO:

Desconocida: SI:

Fecha: .../.../....

Resultado de laboratorio:.....

CLASIFICACIÓN FINAL DE CASO (Epidemiología, Clínica y Laboratorio)

CONFIRMADO

PROBABLE

DESCARTADO

Envío de Resultados

Apellido y Nombre:.....Cargo:.....

tel/fax/email para envío de resultados:

Firma y sello Médico

Fecha:...../...../.....