



FICHA DE INVESTIGACION DE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD  
FEBRIL EXANTEMATICA (SARAMPIÓN / RUBÉOLA)

SR

**DEFINICIÓN DE CASO:**

**Caso sospechoso: Paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema, o en el cual un profesional de salud sospeche sarampión o rubéola.**

**SOSPECHA INICIAL:** SARAMPIÓN  RUBÉOLA  Otra EFE

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre y Apellido ..... Sexo: M  F   
 Fecha de nacimiento:..... Edad .....años.....meses DNI:.....  
 Provincia:..... Departamento/Área:.....Localidad:.....  
 Domicilio: Calle.....Nº..... Dto.....Barrio:.....Urbano  .. Rural   
 Fuente de notificación: Consulta  Laboratorio ...Busq.Act  Fecha de notificación: ...../...../.....

**DATOS DE VACUNACIÓN:** Marcar con una X

Vacuna	SI	NO	Desc	Fecha última dosis
Antisarampión				...../...../.....
Doble viral (sarampión/rubéola)				...../...../.....
Triple viral (sarampión/rubéola/paperas)				...../...../.....

**DATOS CLÍNICOS:** Marcar con una X

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

	SI	NO	Desc	Fecha de comienzo
<b>Fiebre</b>				...../...../.....
<b>Exantema</b>				...../...../.....
Tos				
Catarro nasal				
Conjuntivitis				
Adenopatías				
Artralgia/Artritis				
Embarazada				Edad gestacional (semanas): Lugar de parto :
Hospitalizado				Hospital: Fecha de ingreso: ...../...../.....
Defunción				Fecha defunción: ...../...../.....

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:** Fecha de investigación: ...../...../..... Marcar con una X

	SI	NO	Desc	
Tuvo contacto con un caso de sarampión/ rubéola 7-23 días previos al comienzo del exantema?				
Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema?				Donde?
Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas?				

**ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

	SI	NO	Nº de contactos	Fecha:...../...../.....
Visita domiciliaria				Fecha:...../...../.....
Otros (donde?)				Fecha:...../...../.....
Vacunación de bloqueo para sar/rub			Nº dosis aplicadas:	Fecha:...../...../.....
Se realizó Búsquedas Activas?	SI	NO	Nº de casos encontrados	
Se realizó Monitoreo Rapido de Cobertura?	SI	NO	% Cobertura encontrada?	

**DATOS DE LABORATORIO:**

**Suero:**

Nº muestra	Fecha toma muestra	Nombre de Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
1ª	.../.../....		.../.../....	...../...../.....		
2ª	.../.../....		.../.../....	...../...../.....		

**Otras muestras:** Orina  Aspirado nasofaríngeo  Hisopado orofaríngeo

Fecha toma muestra	Nombre Laboratorio	Fecha recepción	Fecha procesamiento	Resultado	Comentarios
...../...../.....		.../.../....	...../...../.....		
...../...../.....		.../.../....	...../...../.....		

**CLASIFICACIÓN FINAL:**

(Marcar con una X)

Sarampión  Rubéola  Descartado:   
 Confirmado por laboratorio:  Confirmado por nexa epidemiológico:  Compatible:

**INVESTIGADOR:**

Nombre:.....Firma:.....  
 TE:..... Correo electrónico:.....  
 Institución:.....