



**Ficha de Investigación de Caso  
Síndrome de Rubéola Congenita**

**Definición de Caso**

Caso sospechoso: Es todo paciente menor de 1 año, en el que se detecte uno o más de las siguientes manifestaciones al nacer: cataratas congénitas, cardiopatía congénita (conducto arterioso persistente, estenosis de la arteria pulmonar, etc.), púrpura o deficiencias auditivas; de quien un profesional de la salud sospecha SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección por rubéola o confirmación mediante pruebas de laboratorio durante el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

**CLASIFICACIÓN INICIAL**

Sospechoso por datos clínicos:   
Hijo de madre con sospecha o confirmación de Rubéola:

**1- DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia:..... Departamento: ..... Localidad:.....  
Establecimiento notificante:..... Fecha de notificación:...../...../.....  
Apellido y Nombre del profesional: .....  
Telefono:..... Mail: .....

**2- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: .....  
Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad: ..... Sexo: **M**  **F**  Nro. Doc.:.....  
Domicilio Actual: ..... Tel.:.....  
Referencia de ubicación de Domicilio: ..... Localidad:.....  
Urbano  Rural  Departamento:..... Provincia:.....

**3- DATOS CLINICOS**

Fecha de Consulta: ...../...../..... Peso al nacer:.....gr. Edad gestacional: .....semanas

**Signos Clínicos**

Alteraciones oculares	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Alteraciones cardiacas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Ictericia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Alteraciones auditivas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Microcefalia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>	Osteopatía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>
Purpura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/>		

Otros:.....

Estudios	Fecha	Resultados
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		

Hospitalizado SI  NO  Institución:..... Fecha de ingreso:...../...../.....  
Defunción SI  NO  Fecha de defunción: ...../...../.....



**Ficha de Investigación de Caso  
Síndrome de Rubéola Congenita**

**4- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Apellido y Nombre: .....

Edad de la Madre:..... Años                      Cantidad de embarazos anteriores:.....

**Antecedentes durante el Embarazo**

Rubéola confirmada                      SI  NO  N/S                       Semana de embarazo:.....  
 Enf. Similar a Rubéola                      SI  NO  N/S                       Semana de embarazo:.....  
 Expuesta a Rubéola                      SI  NO  N/S                       Semana de embarazo:.....                      Lugar:.....  
 Viajes                      SI  NO  N/S                       Semana de embarazo:.....                      Lugar:.....

**Vacuna rubéola**                      SI  NO  N/S                       Nro. de Dosis:.....                      Fecha de última dosis:...../...../.....

**5- EXÁMENES DE LABORATORIO**

Fecha toma	Nombre laboratorio	Fecha recepción	Fecha resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. de Laboratorio*

\*Diag. De laboratorio: 1.Rubéola, 2.Citomegalovirus, 3.Toxoplasmosis, 4.Sífilis, 5.Herpes, 6.Otros (Cuál)

**Otros estudios de Laboratorio**

Hisopado orofaríngeo:                      Fecha:...../...../.....                      Resultado:.....  
 Orina:                      Fecha:...../...../.....                      Resultado:.....

**6- ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

Bloqueo:                      SI  NO                       Nro. de Manzanas Visitadas:.....  
 Aislamiento:                      SI  NO                       Lugar:.....

Contactos	Domicilio/teléfono	N° Estudiado	N° Vacunado	N° No Vac.	Dosis Aplicadas
<b>Familiares</b>					
<b>Institucionales</b>					
<b>Escolares</b>					
<b>Otros</b>					

**7- EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO**

Paciente Hospitalizado:                      SI  NO  Se ignora                       Fecha de Hospitalización:...../...../.....  
 Institución: ..... Fallecido                       Fecha: ...../...../.....

SRC Confirmado por laboratorio                                            Infec. Congénita Rubéola (ICR)                        
 SRC Confirmado por diagnóstico clínico                                            Compatible con SRC                        
 Descartado                                            Otro                     

**Origen de la infección de la madre**

Importado                                            Autóctono                        
 Relacionado a importación                                            Desconocido                     

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

.....

Firma y Sello Médico