

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS DE COQUELUCE (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 DE NOTIFICADOR/A

Establecimiento al que pertenece el/la notificador/a:

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

Apellido y nombre:

Correo electrónico:

Tel/Fax: Celular:.....

DATOS DEL PACIENTE

Apellido: Nombre: DNI:

DNI madre:

Fecha de nacimiento: Edad (años): En menores de 2 años (meses):

Sexo: Domicilio:

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

Teléfono:

DATOS CLINICOS

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

Otros Síntomas:

.....

.....

¿Hoy tiene tos? SI NO

Complicaciones	SI	NO
Neumonía		
Convulsiones		
Encefalopatía aguda		

Tratamiento	SI	NO	Fármacos usados	Duración
Antibióticos				
Previo:				
Actual:				

DATOS DE LABORATORIO

Tipo de Muestra	Fecha extracción 1° muestra	Fecha extracción 2° muestra
Aspirado nasofaríngeo		
Hisopado nasofaríngeo		
Suero		

Hemograma	Glób. blancos	Linfocitos

DATOS DE VACUNACIÓN (CON CARNET)

¿Ha recibido vacuna anti coqueluche? Tipo de vacuna:

Número de dosis recibidas:

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

¿La mamá fue vacunada con Triple Bacteriana Acelular durante el embarazo?

SI NO

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

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

¿Cuál?

¿Dónde está ubicada?

¿Estuvo en contacto con personas con sintomatología similar a la del caso o con tos persistente?

¿Con qué persona?

¿Dónde reside ese contacto?

ACCIONES DE INVESTIGACIÓN, CONTROL Y PREVENCIÓN

	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ABT	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibieron vacunación
Contactos familiares/hogar						
Contactos escolares						
Contactos laborales						
Otros						

EVOLUCIÓN:

Alta: SI NO Fallecimiento: SI NO Secuelas: SI NO Desconocida: SI NO

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

Resultado de laboratorio:

CLASIFICACION FINAL DEL CASO (Epidemiología, Clínica y Laboratorio)

CONFIRMADO PROBABLE DESCARTADO

Firma y sello de médico/a:

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