

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

CLASIFICACION INICIAL

Sospechoso por datos clínicos: ☐

Hijo de madre con sospecha o confirmación de rubeola: ☐

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____

Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: ____/____/____

Peso Nacer: _____ gramos

Edad Gestacional: _____ semanas

Signos Clínicos

Alteraciones Oculares Si ☐ No ☐ desc ☐

Alteraciones cardiacas Si ☐ No ☐ desc ☐

Alteraciones Auditivas Si ☐ No ☐ desc ☐

Microcefalia Si ☐ No ☐ desc ☐

Púrpura Si ☐ No ☐ desc ☐

Hepatomegalia Si ☐ No ☐ desc ☐

Ictericia Si ☐ No ☐ desc ☐

Esplenomegalia Si ☐ No ☐ desc ☐

Osteopatía Si ☐ No ☐ desc ☐

Otros _____

Estudios	Fecha	Resultado
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		

Hospitalizado SI ☐ NO ☐

Institución.....Fecha de Ingreso...../...../.....

Defunción SI ☐ NO ☐

Fecha de Defunción:/...../.....

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____

Edad de la Madre: _____ años N° de embarazos anteriores: _____

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola Confirmada Si ☐ No ☐ N/S ☐ Semana embarazo: _____

Enf. Similar rubéola Si ☐ No ☐ N/S ☐ Semana embarazo: _____

Expuesta a rubéola Si ☐ No ☐ N/S ☐ Semana embarazo: _____ Lugar _____

Viajes Si ☐ No ☐ N/S ☐ Semana embarazo: _____ Lugar _____

Vacuna Rubeola Si ☐ No ☐ N/S ☐ Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES 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 PREVENCION

Bloqueo: Si ☐ No ☐ N° manzanas visitadas: _____

Aislamiento: Si ☐ No ☐ Lugar: _____

CONTACTOS	DOMICILIO/TELEFONO	N° ESTUDIADO	N° VACUNADO	N° NO VAC.	DOSIS APLICADAS
FAMILIARES					
INSTITUCIONALES					
ESCOLARES					
OTROS					

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha 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

