

**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTEGRADA DE
SARAMPIÓN/ RUBÉOLA**

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15.465/60

Completar ante sospecha: Sarampión Rubéola

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre y apellido

Sexo: M F

Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad..... años meses.....

Provincia:..... Departamento/Area:.....

Localidad:.....

Domicilio: Calle..... N°..... Dto.....

Barrio:..... Urbano Rural

Fecha de notificación:...../...../.....

DATOS DE VACUNACIÓN: Marcar con una X

Vacuna SI NO Desc Fecha última dosis...../...../.....

Componente antisarampión/...../.....

Componente antirubéola/...../.....

DATOS CLÍNICOS: Marcar con una X

SI NO Desc Fecha de comienzo...../...../.....

Fiebre Fecha inicio fiebre...../...../.....

Exantema Fecha inicio exantema...../...../.....

Tos Catarro nasal

Conjuntivitis Adenopatías Artralgia/Artritis

Embarazada SI NO Edad gestacional (semanas):

Lugar de parto :

Hospitalizado SI NO Nombre del hospital:

Defunción Fecha defunción:...../...../.....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS: Marcar con una X

Fecha de investigación:/...../.....

Sarampión Rubéola Desc.

Tuvo contacto con un caso de sarampión/ rubéola 7-23 días previos al comienzo del exantema? SI NO Desc

Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema? SI NO

Fecha viaje...../...../..... Donde viajó?

Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas?

Vacunación de bloqueo para sarampión Fecha bloqueo...../...../.....

Dosis aplicadas de bloqueo

DATOS DE LABORATORIO:

Suero:

Fecha toma muestra...../...../.....

Nombre del laboratorio

Fecha recepción lab...../...../.....

Fecha procesamiento...../...../.....

Resultado

Comentarios

Otras muestras:

Orina Aspirado nasofaríngeo Hisopado orofaríngeo

Fecha toma muestra...../...../.....

Nombre Laboratorio

Fecha recepción lab...../...../.....

Fecha procesamiento...../...../.....

Resultado

Comentarios.....

CLASIFICACIÓN FINAL: Marcar con una X

Sarampión Rubeóla Descartado:

Confirmado por laboratorio:

Confirmado por nexos epidemiológicos:

Confirmado por clínica:

INVESTIGADOR:

Nombre:.....

TE:.....

Firma:..... Correo

electrónico:.....