

FICHA DE NOTIFICACIÓN

SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA

Caso sospechoso: Todo menor de un año de edad en quien un trabajador de salud sospeche SRC porque:
 - Presenta malformaciones congénitas subjetivas del SRC.
 - La madre tuvo confirmación o sospecha de infección de Rubéola durante el embarazo.
 - Todo caso potencial de SRC que finalice en aborto o defunción fetal.

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: _____ Tel. o cel. Nº: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de captación: ____/____/____ Fecha de notificación: ____/____/____
 Cómo conoció el caso: Consulta: _____ Laboratorio: _____ B.A. Institucional: _____ B.A. Comunitaria: _____ Rumores: _____ Otros: _____

2) DATOS DEL PACIENTE

2.1) DATOS PERSONALES

CI N° o Código: _____ Nombre y apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M Nacionalidad: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: Urbana Comunidad Si
 Rural indígena No Etnia: _____

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: _____ Ocupación: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Nombre y apellido de la Madre: _____

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Si No
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) SPR:
 SR N° de dosis: _____

4) DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas

Ojos		Generales	
Cataratas	<input type="checkbox"/>	Microcefalia	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/>
Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/>	Púrpura	<input type="checkbox"/>
Corazón		Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>
Persistencia del Conducto Arterioso	<input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>
Estenosis de la Arteria Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Radio opacidad de huesos largos	<input type="checkbox"/>
Otros defectos del corazón	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>
Oídos		Otros: _____	
Defecto de la audición	<input type="checkbox"/>		

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento: _____ Fecha de admisión: ____/____/____
 Defunción: _____ Fecha de defunción: ____/____/____

6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Rubeola confirmada Si No EG _____ EFE no investigada _____ EG _____
 Expuesto a caso de Rubéola Si No EG _____ Dónde _____
 Expuesto a caso probable de Rubéola Si No EG _____ Dónde _____
 Viajes a: _____ EG _____ Fecha ____/____/____
 Contacto con viajeros de: _____ EG _____ Fecha ____/____/____

7) DATOS LABORATORIAL

N° de muestras	Tipo de muestras	Fecha toma de muestras	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D.de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba	Antígeno	Resultado	Fecha de Resultado
1° muestra										
2° muestra										
3° muestra										

*1.Suero 2.Aspirado/Hisopado nasofaríngeo 3.Orina 4.Líquido cefalorraquídeo 5.Otro
 **1.IgM EIA/Indirecta 2.IgM EIA/Captura 3.Aislamiento viral 4.PCR 5.IgM IF 6.IgG EIA/Captura 7.IgG IF 8.HI
 ***1.Sarampión 2.Rubéola 3.Dengue 4.Parvovirus B19 5.Herpes 6 6.Enterovirus 88.Otros
 ****0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

8) ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Embarazos previos: _____ Partos previos: _____ Control PN: N° controles: _____ Establecimiento: _____
 FUM: ____/____/____ FPP: ____/____/____ EG: _____ Finalización del embarazo RN Lugar

9) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final
 Confirmado por laboratorio
 Confirmado por Dx Clínico
 Descartado
 Fecha de clasificación: ____/____/____