



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD
FEBRIL ERUPTIVA
PAROTIDITIS

SOSPECHA

Parotiditis []

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M [] F []
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ D.N.I.: _____ Departamento: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Teléfono: _____ Provincia: _____
 Establecimiento que Notifica: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

2. DATOS DE VACUNACIÓN (marcar con "x")

| Vacuna | SI | NO | Desconoce | No Corresp. | Fecha de la última dosis |
|--------------|----|----|-----------|-------------|--------------------------|
| Triple Viral | | | | | ____ / ____ / ____ |

3. DATOS CLINICOS (marcar con "x")

| Síntomas | SI | NO | Fecha de Comienzo | <p>Caso sospechoso de SARAPIÓN: Paciente, de cualquier edad con fiebre (38°C o más), y exantema, mas cualquier de los 3 catarros: bronquial (tos), nasal (rinorrea) o conjuntival (conjuntivitis).-</p> <p>Caso sospechoso de RUBEOLA: Paciente, de cualquier edad con fiebre (38°C o más), y exantema y adenopatías cervicales, suboccipitales o retroauriculares y/o artralgia/artritis.-</p> |
|-----------------------|----|----|--------------------|---|
| Fiebre | | | ____ / ____ / ____ | |
| hipertrofia glandula | | | ____ / ____ / ____ | |
| Cefaleas | | | | |
| Anorexia | | | | |
| Conjuntivitis | | | | |
| Adenopatías | | | | |
| Artralgias / Artritis | | | | |

↑ **Datos importantes para acciones de vigilancia.** ↓

Fecha de Consulta

____ / ____ / ____

| | SI | NO | Desconoce | |
|---------------|----|----|-----------|--|
| Embarazada | | | | Semana de Gestación [] Lugar del Parto: _____ |
| Hospitalizado | | | | Hospital: _____ Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ |
| Defunción | | | | Fecha de defunción: ____ / ____ / ____ |

4. DATOS DE EXPOSICIÓN

| | | | | |
|---|--------|--------|----------------------|---------------|
| ¿Tuvo contacto con un caso de sarampión/rubeola 7 - 23 días previos al comienzo del exantema? | SI [] | NO [] | Desconoce [] | ¿Dónde? _____ |
| ¿Viajó en los 7 - 23 días previos al comienzo del exantema? | SI [] | NO [] | ¿Dónde? _____ | |
| ¿Estuvo en contacto con alguna embarazada al comienzo de los síntomas? | SI [] | NO [] | Semana Gestación [] | |

5. ACCIONES DE CONTROL

| | | | | |
|-----------------------|--------|--------|---------------------------|---------------------------|
| ¿Visita Domiciliaria? | SI [] | NO [] | N° de Contacto [] | Fecha: ____ / ____ / ____ |
| Otros | SI [] | NO [] | N° de Contacto [] | Fecha: ____ / ____ / ____ |
| Vacunación de bloqueo | SI [] | NO [] | N° de dosis aplicadas [] | |

6. DATOS DEL LABORATORIO

| Sangre [] | | Suero [] | | Resultados | | Comentario |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|------------|---------|------------|
| Fecha de toma de la muestra | Nombre del Laboratorio | Fecha de recepción en el laboratorio | Fecha de los Resultados | Sarampión | Rubéola | |
| 1° ____ / ____ / ____ | | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | | | |
| 2° ____ / ____ / ____ | | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | | | |

| Hisopado Orofaringeo [] | | Aspirado Nasofaringeo [] | | Orina [] | | Otras [] | | Comentario |
|-----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------|---------|-----------|--|------------|
| Fecha de toma de la muestra | Nombre del Laboratorio | Fecha de recepción en el laboratorio | Fecha de los Resultados | Sarampión | Rubéola | | | |
| ____ / ____ / ____ | | ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ | | | | | |

7. CLASIFICACIÓN FINAL (No llenar. Se clasifica en el nivel central de cada jurisdicción)

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|----------|-----------------|
| Confirmado | Por Laboratorio [] | Descartado [] | | |
| Sarampión [] Rubéola [] | Por nexa epidemiológico [] | | | |
| Sarampión/Rubéola Negativo [] | Pos Vacunal [] | Dengue [] | Otro [] | Desconocido [] |

Firma y Sello del médico: _____

