



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD
FEBRIL ERUPTIVA
SARAMPIÓN / RUBÉOLA

SOSPECHA

Sarampión []

Rubéola []

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
Componente antisarampionoso					____ / ____ / ____
Componente antirubeólico					____ / ____ / ____

3. DATOS CLINICOS (marcar con "x")

Síntomas	SI	NO	Fecha de Comienzo	<p>Caso sospechoso de SARAMPIÓN: 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			____ / ____ / ____	
Exantema			____ / ____ / ____	
Tos				
Catarro Nasal				
Conjuntivitis				
Adenopatías				
Artralgias / Artritis				

↑ Datos importantes para acciones de vigilancia. ↓

Fecha de Consulta

____ / ____ / ____

	SI	NO	Desconoce	Semana de Gestación []	Lugar del Parto: _____
Embarazada					
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 nexos epidemiológicos []			
Sarampión/Rubéola Negativo []	Pos Vacunal []	Dengue []	Otro []	Desconocido []

Firma y Sello del médico: _____

