

**FICHA DE NOTIFICACIÓN**
**ENFERMEDAD FEBRIL ERUPTIVA (EXANTEMÁTICA) EFE**

 Sospecha de: Sarampión  Rubéola  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_

**Caso sospechoso: Toda persona de cualquier edad en que se sospeche Sarampión o Rubéola o que presente fiebre y exantema.**
**1) DATOS DEL NOTIFICADOR**

 Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. o cel. N°: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M 
**2.2) DATOS DE RESIDENCIA**

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

**2.3) DATOS GENERALES**

 Número de teléfono o celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: \_\_\_\_\_

**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:  N° de dosis: \_\_\_\_\_  
 SR: 
**4) DATOS CLÍNICOS**
**Signos y síntomas**  
 Fiebre  Fecha del inicio de fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Paciente embarazada  1-Si 2-No 99-Desconocido  
 Erupción  Tipo de erupción  1-Maculopapular  
 Tos  Fecha del inicio de erupción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Semanas de gestación (01-42) \_\_\_\_\_  
 Conjuntivitis  Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_  
 Coriza  Lugar probable del parto: \_\_\_\_\_  
 Manchas de Koplik   
 Adenopatías   
 Artralgias 
**5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

 Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Defunción: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

 Hubo contacto con otro caso confirmado de Sarampión/Rubéola 7-23 días antes del inicio de la erupción? Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hubo algún caso confirmado de Sarampión/Rubéola en el área antes de este caso? Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Viajó durante los 7-23 días previos al inicio de la erupción? Si  No  Dónde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tuvo contacto con una mujer embarazada después del inicio de los síntomas? Si  No   
 Fecha de intervención comunitaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7) DATOS DE LABORATORIO**

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	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 7.Otros  
 \*\*\*\*0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

**7) CLASIFICACIÓN FINAL**

 Clasificación final:  1-Sarampión  2-Rubéola  3-Descartado Criterio para confirmación  1-Laboratorio  2-Nexo epidemiológico  3-Clinica Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Criterio para descartar  1-Sarampión/Rubéola IgM-neg  2-Reacción vacunal  3-Dengue  4-Parvovirus B19  5-Herpes 6  6-Reacción Alérgica  7-Otro diagnóstico