**Anexo 10**

**Ficha de Notificación e Investigación – SARAMPIÓN / RUBÉOLA**

(Modificado: 28 de julio de 2021)

|  |
| --- |
| *Llene esta ficha para: Toda persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema.*  *Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, hisopado nasofaríngeo y orina ya que podría ser el único contacto con el paciente.* |

**,**

**I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnóstico inicial: □ | | | **1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido** | | | | | | | |
| No. Caso: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | Nombre de la institución que notifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Teléfono de la institución que notifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Provincia/Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Notificado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Fecha de Consulta:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | Fecha de  Notificación Local: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  | | | | | | Día Mes Año | | | | Día Mes Año |
| Localidad/Barrio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Fecha de  Visita Domiciliaria:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | | | | Fecha de  Notificación Nacional: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ |
|  |  | | |  | | Día Mes Año | | | | Día Mes Año |
| Detectado por: □ | **1=Consulta**  **2=Laboratorio**  **3=Búsqueda institucional**  **4=Búsqueda de casos en la comunidad** | | | **5=Investigación de contactos**  **6=Casos reportados en la comunidad**  **88=Otros**  **99=Desconocido** | | Tipo de Sector  de Institución  que notifica: | □ | **1=Público**  **2=Privado** | **88=Otro,**  **Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**II INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos  del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Nombre de la madre  o responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Referencia para localizar la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Tipo de localidad: | □ | 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural | | | Dirección del trabajo  o escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Sexo del paciente: | □ | **1=Masculino**  **2=Femenino** | Fecha de nacimiento:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | |  |  | **Día Mes Año** |  | | **Años** | **Meses** |

**III HISTORIA VACUNAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Vacuna**\*** | Número  de dosis**\*\*** | Fecha de  última dosis | **Fuente de información sobre la vacunación †** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **(\*) 1=Antisarampionosa, 2=Antirrubeólica, 3=Doble Viral (SR), 4=Triple Viral (SRP)**  **(\*\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido**  **(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal** | | | |

**IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signos y Síntomas** | | | | | | | | | |  | | | | | |
| ¿Fiebre? | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | | | | Si se conoce,  temperatura (grados): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Fecha del inicio de la fiebre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Día Mes Año** | | | | | |
| ¿Erupción? | □ | **1=Sí**  **2=No 99=Desconocido** | | | | Si se conoce,  duración de la  erupción en días: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Fecha del inicio de la erupción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Día Mes Año | | | Tipo de  erupción □ | | **1=Maculopapular**  **2=Vesicular**  **88=Otro**  **99=Desconocido** |
| **1=Sí 2=No 99=Desconocido** | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tos? □ | | | ¿Conjuntivitis? □ | | | | ¿Coriza? □ | | ¿Manchas de Koplik ? □ | | ¿Adenopatías? □ | | | **¿Artralgia? □** | |
| ¿La paciente está embarazada? | | | | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | | | Si es cierto, | **Número de semanas de embarazo (01-42): \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **Lugar donde probablemente dará a luz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| ¿Hospitalizado(a)? | | | | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | | | Si es cierto, | **Nombre del hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Día Mes Año | | | **Expediente**  **Médico # : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| ¿Defunción? | | | | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | | | Si es cierto, | Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Día Mes Año | | | **Causa básica**  **de muerte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |

**V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO** *Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado de garganta.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécimen** | | | **Prueba de Laboratorio** | | | | | | | |
| Número muestra\* | Tipo de muestra\*\* | Fecha de toma de muestra  (Día/Mes/Año) | Nombre  de Lab. | Fecha de envío de la muestra al Lab.  (Día/Mes/Año) | Fecha de  Recepción  (Día/Mes/Año) | # ID de la muestra en Lab. | Tipo de prueba **†** | Antígeno  **‡** | Resultado **§** | Fecha de Resultado  (Día/Mes/Año) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Comentários: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **(\*)**  **1**=Primera Muestra, **2**=Segunda muestra, **3**=Tercera muestra (si se justifica)  **(\*\*)** 1=Suero, **2**=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, **3**=Hisopado de la garganta, 4=Orina, **5**=Líquido Cefalorraquídeo, **88**=Otro  **(†)**  **1**=IgM EIA/Indirecta, **2**=IgM EIA/Captura, **3**=Aislamiento Viral, **4**=PCR, **5**=IgM IF, **6**=IgG EIA/Capture, **7**=IgG IF, **8**=HI  **(‡)** **1**=Sarampión, **2**=Rubéola, **3**=Dengue, **4**=Parvovirus B19, **5**=Herpes 6, **6**=Enterovirus, **88**=Otro  **(§)** **0**=Negativo, **1**=Positivo, **2**=Muestra inadecuada, **3**=Indeterminada , **99**=Desconocido (no hay resultado disponible) | | | | | | | | | | |

**VI INVESTIGACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Hubo búsqueda activa de casos? | | □ | **1= Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si es cierto, | | **Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| ¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada? | | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si es cierto, | | **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| ¿Hay otros casos presentes en  el municipio de residencia? | | □ | **1=Sí, con Sarampión** | **2=Sí, con Rubéola** | | | **3=Sí, con ambos** | **4=No 99=Desconocido** | | |
| ¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema? | | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si viajó: | Ciudades/Países | | | | Fecha de entrada (Día/Mes/Año) | **Fecha de salida**  **(Día/Mes/Año)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** |
| **¿Fuente de contagio?** | **1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |

**VII MEDIDAS DE RESPUESTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Hubo vacunación de bloqueo? | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si es cierto, | Fecha de inicio : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Día Mes Año | **Fecha Final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Día Mes Año** | |
| **Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| ¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si es cierto, | **¿Qué % de vacunados se encontró?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| ¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso? | □ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | Si es cierto, | Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: | | **\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  | | **Día Mes Año** |

**VIII CLASIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CLASIFICACIÓN FINAL: □ | **1=Sarampión**  **2=Rubéola**  **3=Descartado** | Criterio para Confirmación: □ | **1=Laboratorio**  **2=Nexo Epidemiológico**  **3=Clínica** | Criterio para Descartar: □ | **1=Sarampión/Rubéola IgM-neg**  **2=Reacción vacunal**  **3=Dengue**  **4=Parvovirus B19**  **5=Herpes 6**  **6=Reacción Alérgica**  **88=Otro diagnóstico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (especifique)** | |
| Fuente de infección para casos confirmados: □ | **1=Importado**  **2=Relacionado a importación**  **3=Fuente desconocida**  **4=Autóctono** | Si es importado,  o relacionado a importación: | **País de importación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| ¿Contacto de otro caso?:□ | **1=Sí**  **2=No**  **99=Desconocido** | **Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| Clasificado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | **Día Mes Año** |