


Ficha de investigación clínico epidemiológico.

 PERÚ		Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	SARAMPIÓN CIE 10: B05			RUBÉOLA CIE 10: B06		
FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA								
SARAMPIÓN ()			RUBÉOLA ()			Otras enfermedades febriles eruptivas ()		
DEFINICION OPERATIVA : CASO SOSPECHOSO. Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción maculo papular generalizada, NO vesicular.								
CODIGO DE REGISTRO Nº		Fecha de conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE		
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____ Captación del caso: Notificación regular _____ Búsqueda activa _____ Defunción _____								
DATOS DEL PACIENTE Apellidos Paterno _____ Apellidos materno: _____ Nombres : _____ DNI _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad ___ Años / Meses ___M []F [] Nombre de la madre: _____ Telf. _____								
Domicilio actual:								
Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____				Nombre de zona _____ Tipo de vía Av. Jr. Calle Psj. Otro _____ Nombre de vía _____ Número /Km./Mz. _____				
Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc) _____								
LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN								
Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____				Nombre de zona _____ Tipo de vía: Av. Jr. Calle Psj. Otro: _____ Nombre de vía _____ Numero /Km./Mz. _____				
CUADRO CLÍNICO :								
Fecha inicio de fiebre: ___/___/___ N° días duración () Temperatura: _____ °C				Fecha inicio erupción maculo papular ___/___/___ N° días de duración ()				
Síntomas / Signos						Complicaciones		
Tos		(Si) (No)	Rinorrea		(Si) (No)	Otitis media		(Si) (No)
Coriza		(Si) (No)	Artralgias		(Si) (No)	Neumonía		(Si) (No)
Agrandamiento de ganglios cervicales		(Si) (No)	Conjuntivitis		(Si) (No)			

Agrandamiento de ganglios retroauriculares	(Si)	(No)				Convulsiones	(Si)	(No)
Describir la erupción (color, inicio, distribución, duración, prurito, secuela, etc).								
Hospitalizado (Si)	(No)	Fecha ___/___/___	Que Hospital:				N°H.C	
Fallecido:	(Si)	(No)	Fecha___/___/___	Causa:				
Gestante:	(Si)	(No)	N° semanas de gestación:_____	Este caso tuvo contacto con gestante (SI) (NO) en que fecha: __ Semanas de gestación en que sucedió el contacto _____				
ANTECEDENTES VACUNALES: Sólo considerar dosis de vacuna con componente antisarampionoso (ASA, SRP, SR) documentadas en carné de vacunación, si no hubiera carné investigar en archivos de establecimiento de salud donde se vacunó. a. Vacunado con ASA () SPR () SR (): N° de dosis recibidas: ___ Fecha de la última dosis: ___/___/___ Establecimiento de Salud donde se vacunó: _____ N° Lote: _____ b. No vacunado () c. Ignorado ()								
LABORATORIO								
Tipo de muestra	Fecha de obtención de 1º muestra	Fecha muestra adicional		Fecha envío EE SS, Red / Microrred	Fecha envío Red / Microrred a DISA	Fecha envío DISA a INS	Fecha emisión resultado INS	
		2ª	3ª					
Suero								
Orina								
Hisopado nasofaríngeo								
Observaciones :								
VII. CLASIFICACION FINAL			Fecha de Clasificación: ___/___/___					
Caso confirmado como: Sarampión () Rubéola () Otro ()								
Se confirma por: a. Laboratorio: IgM Captura (+) () Ig M indirecta (+) () Post vacunal(*) ()								
b. Nexo epidemiológico ()								
(*) Estos casos sólo podrán ser clasificados como tal luego de hacerse el estudio adicional correspondiente según lo previsto en la guía.								
VIII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS (para ser anotado por personal de EE SS)								
a. Hubo casos reportados de sarampión en los últimos 30 días en su jurisdicción: (SI) (No)								
b. Se han reportado otras erupciones febriles (varicela, exantema súbito, etc) en su jurisdicción (SI) (No) ¿Cuál(es)?_____								
c. El paciente proviene del extranjero (SI) (No) ¿de que País viene? _____ ¿Cuándo llegó a la localidad? _____								
IX. ACTIVIDADES DE CAMPO								
1. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Identificar el caso primario. Instrucciones:								
a). Tomar como referencia la fecha de inicio de erupción del caso. b). Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 7 días antes y 7 días después del inicio de la erupción. c). Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d). Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 23 días a partir del primer contacto con el caso. Para los que inicien erupción se apertura nueva ficha.								
Fecha del contacto	Lugar de contacto: puede ser su domicilio, un colegio, etc. en una	Nombre del contacto			Edad	Vacunación con ASA, SRP o SR	Fecha inicio	Fecha obtenció

	Localidad o Distrito			Nº dosis	Fecha ultima vacunación	erupción	n de muestra del contacto

1. **ACCIONES DE CONTROL** (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso probable)

Bloqueo Localidad (es) _____ Fecha inicio: _____ (<i>obligatorio para grupo de 1 – 4 años</i>)					Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas) Nº casos hallados ____ Ingresan al sistema ____ Se descartan ____ (no cumplen criterio)			
< 1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (BA)	Casas cerradas (BA)	Casas Aband. (BA)	TOTAL CASAS
Nº	Nº	Nº	Nº					

X. OBSERVACIONES

Nombre de la persona que investiga el caso: _____ Teléfono _____
Cargo _____ email _____ Firma _____