

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE ELIMINACIÓN INTEGRADO SARAMPIÓN- RUBÉOLA
FICHA EPIDEMIOLÓGICA 2010**

Caso sospechoso de Enfermedad Febril Eruptiva

*Toda persona de cualquier edad que presente fiebre de 38 °C o más y exantema
O bien, toda persona que un profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola*

Sospecha de **Sarampión** **Rubéola** (marcar con una X lo que corresponda)

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRES:..... Edad:..... Sexo.....
 Dirección: calle y nº..... Ciudad:.....
 Provincia:..... País: TE:..... Ocupación:.....
 Domicilio institucional (guardería/colegio/club/otro):..... TE:.....

DATOS DEL NOTIFICADOR

A y N del Profesional..... TE:.....
 Correo electrónico:..... Establecimiento:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Datos de Vacunación:

Vacunas	No	N/S	Si	N° dosis	Fecha última dosis
Componente antisarampionosa					
Componente antirubéola					

- ¿Tuvo contacto con un caso de Sarampión / Rubéola 7 a 23 días previos al comienzo del exantema?
No **NS** **Si** (Sarampión Rubéola)
- ¿Viajó en los 7- 23 días antes del comienzo del exantema? **No** **Si** Lugar:..... Regreso:/...../.....
- ¿Estuvo en contacto con una embarazada desde el comienzo de los síntomas? **No** **NS** **Si**

DATOS CLÍNICOS

	No	Sí
Exantema		
Fiebre		
Tos		
Catarro nasal		
Conjuntivitis		
Adenomegalias		
Artralgia/Artritis		

Fecha de inicio de síntomas:...../...../.....
 Fecha de inicio de exantema:/...../.....
 Fecha 1° consulta:...../...../..... Lugar:

Embarazo : NO SI EG:.....semanas

Laboratorio Viroológico

		Fecha de toma de mtra	Laboratorio a que se envió	Fecha de recepción en laboratorio	Resultado
Sangre	1° muestra				
	2° muestra				
Otras muestras	Orina				
	Aspirado Nasofaríngeo				

EVOLUCION

Internado: NO SI Fecha de Internación:/...../..... Lugar:.....

Complicaciones: NO SI →

Condición al egreso: ALTA DERIVADO Lugar: **FALLECIDO** /...../.....

CLASIFICACIÓN FINAL(Para ser completado por el Departamento de Epidemiología)

SARAMPIÓN **RUBEOLA** **Descartado** → Diagnostico:.....

Confirmado por laboratorio Confirmado por nexo epidemiológico **Compatible**

Descartado por laboratorio Reacción posvacunal

Observaciones:.....
 Firma:.....

Remitir esta ficha completa al alta del paciente **Ministerio de Salud del GCBA - Dpto de Epidemiología** - Monasterio 480 - CABA
 Teléfonos: 4123-3240/3241/3242 Fax: 4123-3191 E-mail: forlenza@buenosaires.gov.ar; epidemiologiaca@buenosaires.gov.ar