

ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA**(EFE) Sarampión/Rubéola**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso**Caso Sospechoso:** Persona de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema, o en el cual un/a profesional de salud sospeche sarampión y/o rubéola**CLASIFICACIÓN INICIAL**Caso Sospechoso de Sarampión Caso Sospechoso de Rubéola Otra EFE **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo legal: Masculino Femenino No binario Sexo al nacer: Masculino Femenino Indeterminado Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____**DATOS DE VACUNACIÓN****Marcar con una X**

Vacuna	Si	No	Desc.	Fecha última dosis:
Antisarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Doble viral (sarampión/rubéola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Triple viral (sarampión/rubéola/paperas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____

Embarazada: Sí No N/S

Semanas de gestación: _____

Parto: Sí No Lugar de parto: _____Paciente hospitalizado: Sí No Se ignora Fecha: ____/____/____ Institución: _____Síntomas: Fiebre: Exantema: Tos: Conjuntivitis: Adenopatía: Artralgia/Artritis:

DATOS LABORATORIO

Suero

N° de muestra	Fecha toma de muestra	Nombre de laboratorio	Fecha de recepción	Fecha procesamiento	Resultado
1°	___/___/___		___/___/___	___/___/___	
2°	___/___/___		___/___/___	___/___/___	

Comentarios _____

Otras muestras: Orina Aspirado nasofaríngeo Hisopado orofaríngeo

Fecha toma de muestra	Nombre de laboratorio	Fecha de recepción	Fecha procesamiento	Resultado
___/___/___		___/___/___	___/___/___	
___/___/___		___/___/___	___/___/___	

Comentarios _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés.

Antecedentes de exposición

¿Tuvo contacto con un caso sospechoso exantemático - febril en los 7 - 23 días antes de inicio del exantema?

Si No N/S Dónde _____

¿Viajo en los últimos 7 - 23 días antes de inicio del exantema?

Si No Dónde _____

¿Estuvo en contacto con alguna embarazada?

Si No Semana de gestación: _____

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Medidas de control para el caso sospechoso: aislamiento respiratorio y exclusión laboral - escolar por 4 días a partir del inicio del exantema.

Contacto identificados al momento de la notificación

Nombre y Apellido	Edad	Parentesco / Relación	Domicilio

Se deberá realizar la visita domiciliaria para evaluación de contactos (especial énfasis en embarazadas e inmunosuprimidos), identificación de sintomáticos, control de esquemas de vacunación y/o indicación de gammaglobulina según corresponda. Si se sospecha en área de residencia coberturas de vacunación inferiores a 95%, realizar monitoreo rápido de cobertura.

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y aclaración del notificador/a