

## PAROTIDITIS INFECCIOSA

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

### Definición de caso

Persona de cualquier sexo y edad que presente enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a dos días y sin otra causa aparente. Con o sin antecedente de vacuna específica, pancreatitis aguda, orquitis, oofiditis, sordera o meningoencefalitis.

Criterio de explosión: formas traumáticas, litiasicas y recidivantes.

**Nota:** Completar la ficha solo en caso de brote.

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado

Sexo legal: M  F  No binario  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 CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntoma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Tiempo de evolución	Comentario
Inflamación glándulas salivales <input type="checkbox"/>	____/____/____	Unilateral/bilateral
Fiebre <input type="checkbox"/>	____/____/____	Tipo de glándula:
Meningitis <input type="checkbox"/>	____/____/____	
Encefalitis <input type="checkbox"/>	____/____/____	
Orquitis/ooforitis <input type="checkbox"/>	____/____/____	
Pancreatitis <input type="checkbox"/>	____/____/____	
Sordera <input type="checkbox"/>	____/____/____	
Otros <input type="checkbox"/>	____/____/____	

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

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

Vacuna triple viral Si  No

Fecha última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contacto con casos similares Si  No

Contacto estrecho y prolongado con personas infectadas Si  No

Inmunocomprometido Si  No

Persona no vacunada que no ha padecido aún la enfermedad Si  No

**En caso de brote especificar lugar**

Institución educativa Si  No

Nombre del lugar \_\_\_\_\_

Geriátrico Si  No

\_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador