



**FICHA DE INVESTIGACION DE CASO
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGENITA**

RC

Definición de caso

Caso sospechoso: todo paciente menor de 1 año con uno o más de las siguientes manifestaciones congénitas: cataratas, defectos cardiacos, sordera, púrpura, de quien el personal de salud de cualquier nivel de atención sospeche SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección con virus de rubéola o confirmación por laboratorio en el embarazo. Los lactantes con bajo peso deben ser examinados en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

CLASIFICACION INICIAL

Sospechoso por datos clínicos:

Hijo de madre con sospecha o confirmación de rubeola:

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____

Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____

Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____

Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: ____/____/____ Peso Nacer: _____gramos Edad Gestacional: _____ semanas

Signos Clínicos

Alteraciones Oculares Si No desc Hepatomegalia Si No desc

Alteraciones cardiacas Si No desc Ictericia Si No desc

Alteraciones Auditivas Si No desc Esplenomegalia Si No desc

Microcefalia Si No desc Osteopatía Si No desc

Púrpura Si No desc

Otros _____

Estudios	Fecha	Resultado
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		
Otros:		



FICHA DE INVESTIGACION DE CASO
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGENITA

RC

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____

Edad de la Madre: _____ años N° de embarazos anteriores: _____

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola Confirmada Si No N/S semana embarazo: _____

Enf. Similar rubéola Si No N/S semana embarazo: _____

Expuesta a rubéola Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____

Viajes Si No N/S semana embarazo: _____ Lugar _____

Vacuna Rubeola Si No N/S Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha Toma	Nombre Laboratorio	Fecha Recepción	Fecha Resultado	Resultado (P:+, N:-, D:desc)	Diag. De Laboratorio*

*Diag de laboratorio: 1. Rubéola 2. Citomegalovirus 3. Toxoplasmosis 4. Sífilis 5. Herpes. 6. Otros (cuál)

Otros Estudios De Laboratorio

Hisopado orofaríngeo: Fecha ____/____/____ Resultado _____

Orina Fecha ____/____/____ Resultado _____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Bloqueo: Si No N° manzanas visitadas: _____

Aislamiento: Si No Lugar: _____

CONTACTOS	DOMICILIO/TELEFONO	N° ESTUDIADO	N° VACUNADO	N° NO VAC.	DOSIS APLICADAS
FAMILIARES					
INSTITUCIONALES					
ESCOLARES					
OTROS					

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Institución _____ Fallecido Fecha ____/____/____

SRC confirmado por laboratorio Infec. Congénita Rubéola (ICR)

SRC confirmado por diagnóstico clínico Compatible con SRC

Descartado Otro

Origen de la Infección de la Madre:

Importado Autóctono

Relacionado a importación Desconocido

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico