

EFE

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA-2018

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO SEXO: MASC. FEM. EDAD: AÑOS MESES DÍAS

ESTADO DE NACIMIENTO: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

RESIDENCIA ACTUAL:

CALLE: _____ NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____ COLONIA: _____

ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: LADA: _____ - _____

¿SE RECONOCE COMO INDÍGENA? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE ¿HABLA LENGUA INDÍGENA? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE ¿CUÁL?: _____

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLAVE DE LA UNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

TIPO DE VIGILANCIA 1.- ACTIVA, 2.- PASIVA INSTITUCIÓN: _____ DELEGACIÓN: _____

PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____ NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____

NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____ FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____

III. UNIDAD TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLAVE DE LA UNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

INSTITUCIÓN: _____ DERECHOHABIENTE: SI NO NO. DE EXPEDIENTE: _____

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

VACUNACIÓN: ANTISARAMPIÓN: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE NÚMERO DE DOSIS: FECHAS: 1a DÍA MES AÑO 2a DÍA MES AÑO

FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO ANTIRRUBÉOLA: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE FECHA: DÍA MES AÑO

TIPO DE VACUNA: SARAMPIÓN: TRIPLE VIRAL: RUBÉOLA: SARAMPIÓN - RUBÉOLA:

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA, 2=VERBAL, 3= OTRO, 9=DESCONOCE OTRO: _____

¿PRESENTÓ OTRO EXANTEMA TRES MESES PREVIOS A ESTE? 1=SI, 2=NO

ESPECIFIQUE LUGAR Y FECHA DE VIAJES REALIZADOS Y/O VISITAS RECIBIDAS EN LOS 21 DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL EXANTEMA: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS MISMOS SÍNTOMAS? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE

ESPECIFIQUE CON QUIÉN, LUGAR Y FECHA: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON MUJERES EMBARAZADAS? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE

ESPECIFIQUE EL LUGAR Y FECHA: _____

V. CUADRO CLÍNICO

FIEBRE: 1=SI CUANTIFICACIÓN: °C FECHA DE INICIO: DÍA MES AÑO

EXANTEMA: 1=SI FECHA DE INICIO: DÍA MES AÑO FECHA DE TÉRMINO: DÍA MES AÑO DURACIÓN DE EXANTEMA:

TIPO DE EXANTEMA: 1.- MACULOPAPULAR, 2.-VESICULAR, 3.- OTROS DISTRIBUCIÓN DEL EXANTEMA: 1.- CÉFALOCAUDAL 2.-CENTRIFUGA 3.- CENTRIPETA 4.- SIMULTANEA 5.-OTRA 6.-NO ESPECIFICADO

CONTINUA CON EXANTEMA: ¿TERCER DÍA? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE ¿SEXTO DÍA? 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE

TOS: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE MANCHAS DE KÖPLIK: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE CORIZA: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE ATAQUE AL ESTADO GENERAL: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE

CONJUNTIVITIS: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE ESPLENOMEGALIA: 1=SI, 2=NO, 9=DESCONOCE

ADENOMEGALIAS: CERVICALES: RETROAURICULARES: SUPRACLAVICULARES: NINGUNA:

OTROS DATOS CLÍNICOS: _____

DIAGNÓSTICO(S) DE PRESUNCIÓN: 1=SARAMPIÓN, 2=RUBÉOLA, 7=OTRO OTRO*(ESPECIFIQUE): _____

VI. MUESTRAS DE LABORATORIO

SARAMPiÓN

TIPO DE MUESTRA

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA			FECHA DE ENVÍO AL LESP			FECHA DE LLEGADA AL LESP			ELISA IgM			FECHA DE RESULTADOS		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO	VALOR	VALOR DE CORTE	DÍA	MES	AÑO
SUERO 1 IGM:															
SUERO 2 IGM:															
E. FARÍNGEO:										RT-qPCR	VALOR DE CT	VALOR DE CT RP			
										RESULTADO	GEN N1				

RUBÉOLA

TIPO DE MUESTRA

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA			FECHA DE ENVÍO AL LESP			FECHA DE LLEGADA AL LESP			ELISA IgM			FECHA DE RESULTADOS		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RESULTADO	VALOR	VALOR DE CORTE	DÍA	MES	AÑO
SUERO 1 IGM:															
SUERO 2 IGM:															
E. FARÍNGEO:															

VII. ACCIONES DE CONTROL

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN EL MUNICIPIO PREVIA AL BLOQUEO: _____ %

BLOQUEO: 1-SI, 2-NO, 9-DESCONOCE INICIO: TERMINACIÓN: DOSIS: _____ COBERTURA: _____ %

BÚSQUEDA INTENCIONADA DE CASOS: LOCALIDAD: UNIDAD DE SALUD: OTRAS: ESPECIFIQUE: _____

VIII. SEGUIMIENTO

¿FUE HOSPITALIZADO? 1-SI, 2-NO, 9-DESCONOCE FECHA: DÍAS DE HOZPITALIZACIÓN: _____

COMPLICACIONES: NEUMONÍA: OTITIS: ENCEFALITIS: OTRAS: ESPECIFIQUE: _____ NINGUNA:

NÚMERO DE CONTACTOS ESTUDIADOS: _____

EVOLUCIÓN: SANO: CONVALESCIENTE: DEFUNCIÓN: FECHA DE DEFUNCIÓN:

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE HIZO EL SEGUIMIENTO?: _____ DÍAS

FUENTE DE INFECCIÓN: 1=IMPORTADO, 2=RELIIMPORTADO, 3=AUTÓCTONO, 4=ASOC/VACUNA, 5=FUENTE DESCONOCIDA

IX. CLASIFICACIÓN

	DÍA	MES	AÑO	CRITERIO	DIAGNÓSTICO FINAL:	
PROBABLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	SARAMPiÓN	<input type="checkbox"/>
DESCARTADO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	RUBÉOLA	<input type="checkbox"/>
CONFIRMADO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	DESCARTADO	<input type="checkbox"/>
CASO ÍNDICE: <input type="checkbox"/> 1-SI, 2-NO, 9-DESCONOCE				CASO PRIMARIO: <input type="checkbox"/> 1-SI, 2-NO, 9-DESCONOCE	NÚMERO DE CADENA A LA QUE PERTENECE:	<input type="text"/>
					OTRO DIAGNÓSTICO (ESPECIFIQUE):	_____

X. ESTUDIO DE CONTACTOS

No.	NOMBRE	EDAD		SEXO		FUE EXAMINADO		CASO PROBABLE DE SARAMPiÓN-RUBÉOLA		TOMA DE MUESTRA	
		AÑOS	MESES	MAS	FEM	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

XI. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: _____

XII. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: LADA: _____