

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ EDAD: AÑOS _____ MESES _____ DÍAS _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____

RESIDENCIA ACTUAL: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

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

TELÉFONO: _____ LADA: _____

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: _____

FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____

III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ CLUES: _____

INSTITUCIÓN: _____ ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ CLUES: _____

INSTITUCIÓN: _____ ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ JURISDICCIÓN: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: 1=Síndrome Coqueluchóide, 2=Tos Ferina

DIAGNÓSTICO FINAL: 1=Síndrome Coqueluchóide, 2=Tos Ferina

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN Y EPIDEMIOLÓGICOS

VACUNADO CONTRA LA TOS FERINA: 1=SI, 2=NO, 9=SE IGNORA

DOSIS: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: _____

TIPO DE VACUNA: 1=DPT, 2=PENTAVALENTE ACELULAR, 3=TDaP, 4=OTRAS(ESPECIFIQUE), 6=NINGUNA, 9=IGNORA

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA, 2=OTRO REGISTRO, 3=VERBAL, 9=IGNORA

¿HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE

¿HA VISITADO OTROS LUGARES Y/O VISITAS RECIBIDAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

LUGARES VISITADOS Y FECHAS:

LUGAR: _____ FECHA: _____

LUGAR: _____ FECHA: _____

V. CUADRO CLÍNICO Y MANEJO TERAPÉUTICO

TOS: SI NO FECHA DE INICIO: _____ DURACIÓN DE TOS (DÍAS): _____

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA

TOS PAROXÍSTICA: _____ TOS ACCESOS: _____ TOS CIANOSANTE: _____ TOS EN EMETIZANTE: _____ FIEBRE: SI NO CUANTIFICACIÓN: _____ °C

HEMORRAGIA CONJUNTIVAL: _____ EPISODIOS DE APNEA O CIANOSIS: _____ ESTRIDOR LARINGEO INSPIRATORIO: _____

OTROS DATOS CLÍNICOS: _____

TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICO: SI NO

A) ANTIBIÓTICO: _____ FECHA: _____ DURACIÓN: _____ DÍAS

B) ANTIBIÓTICO: _____ FECHA: _____ DURACIÓN: _____ DÍAS

C) ANTIBIÓTICO: _____ FECHA: _____ DURACIÓN: _____ DÍAS

VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

BIOMETRÍA HEMÁTICA: SI NO FECHA DE TOMA: _____ LEUCOCITOS: _____ LINFOCITOS: _____ %

TIPO DE MUESTRA _____ FECHA DE TOMA _____ FECHA DE ENVÍO _____ FECHA DE RECEPCIÓN _____ FECHA DE RESULTADO _____ RESULTADO (AGENTES AISLADOS) _____

Exudado Nasofaríngeo _____

Exudado Nasofaríngeo _____

RESULTADO FINAL: 1=POSITIVO, 2=NEGATIVO, 3=PROCESO, 4=SIN MUESTRA, 5=INADECUADA, 6=INDETERMINADO, 9=IGNORADO

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA: 1=HDRE, 2=LABORATORIO ESTATAL, 3=LABORATORIO PRIVADO, 4=LABORATORIO EN HOSPITAL, 9=SE IGNORA

RADIOLOGÍA (Rx TORAX) _____

METODOLOGÍA (1=CULTIVO, 2=PCR, 3=CULTIVO y PCR, 4=OTRA)

¿FUE HOSPITALIZADO? SI NO SE IGNORA DERECHOAHABIENTE: _____ NO. DE EXP. (FILIACIÓN): _____

FECHA DE INGRESO: DÍA MES AÑO DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: DÍA MES AÑO

COMPLICACIONES: SI NO ESPECIFICAR: _____ DÍA MES AÑO

EVOLUCIÓN: 1=SAÑO, 2=CONVALESCENTE, 3=DEFUNCIÓN, 4=HOSPITALIZADO, 9=IGNORADO FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA MES AÑO

VIII. CLASIFICACIÓN DEL CASO

PROBABLE: DÍA MES AÑO DESCARTADO: DÍA MES AÑO

CONFIRMADO: DÍA MES AÑO POR: 1.LABORATORIO, 2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, 3.CLÍNICA

DIAGNÓSTICO (S) FINAL (ES): _____

IX. IDENTIFICACIÓN Y ESTUDIO DE CONTACTOS

ESTUDIO DE CONTACTOS: SI NO NÚMERO DE CONTACTOS:

NOMBRE 1: _____ EDAD: _____ MASC. FEM. CONTACTO DOMICILIARIO: SI NO

PARENTESCO CON EL CASO: _____ TOS/SINTOMAS RESPIRATORIOS: SI NO DÍAS CON TOS:

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI NO IGN. ¿CUÁNTAS DOSIS?: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO

TIPO DE VACUNA: 1=DPT, 2=PENTAVALENTE ACELULAR, 3=TDaP, 4=OTRA(ESPECIFIQUE), 6=NINGUNA, 9=IGNORA TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI NO ¿CUÁL ANTIBIÓTICO? _____

DÍAS DE TRATAMIENTO: SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO 1: DESCARTADO CONFIRMADO 1.LABORATORIO, 2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, 3.CLÍNICA

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RESULTADO	RESULTADO	TIPO DE TÉCNICA (1=CULTIVO, 2=PCR, 3=CULTIVO Y PCR, 4=OTRA)	AGENTE AISLADO / IDENTIFICADO
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

RESULTADO FINAL CONTACTO 1: 1 = POSITIVO, 2 = NEGATIVO, 3 = PROCESO, 4 = SIN MUESTRA, 5 = INADECUADA, 6 = INDETERMINADO, 9 = IGNORADO

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA: 1=IDIRE, 2=LABORATORIO ESTATAL, 3=LABORATORIO PRIVADO, 4=LABORATORIO EN HOSPITAL, 9=SE IGNORA

NOMBRE 2: _____ EDAD: _____ SEXO: M F CONTACTO DOMICILIARIO: SI NO

PARENTESCO CON EL CASO: _____ TOS/SINTOMAS RESPIRATORIOS: SI NO DÍAS CON TOS:

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI NO SE IGNORA ¿CUÁNTAS DOSIS?: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO

TIPO DE VACUNA: 1=DPT, 2=PENTAVALENTE ACELULAR, 3=TDaP, 4=OTRA(ESPECIFIQUE), 6=NINGUNA, 9=IGNORA TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI NO ¿CUÁL ANTIBIÓTICO? _____

DÍAS DE TRATAMIENTO: SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO 2: DESCARTADO CONFIRMADO 1.LABORATORIO, 2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, 3.CLÍNICA

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RESULTADO	RESULTADO	TIPO DE TÉCNICA (1=CULTIVO, 2=PCR, 3=CULTIVO Y PCR, 4=OTRA)	AGENTE AISLADO / IDENTIFICADO
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

RESULTADO FINAL CONTACTO 2: 1 = POSITIVO, 2 = NEGATIVO, 3 = PROCESO, 4 = SIN MUESTRA, 5 = INADECUADA, 6 = INDETERMINADO, 9 = IGNORADO

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA: 1=IDIRE, 2=LABORATORIO ESTATAL, 3=LABORATORIO PRIVADO, 4=LABORATORIO EN HOSPITAL, 9=SE IGNORA

NOMBRE 3: _____ EDAD: _____ SEXO: M F CONTACTO DOMICILIARIO: SI NO

PARENTESCO CON EL CASO: _____ TOS/SINTOMAS RESPIRATORIOS: SI NO DÍAS CON TOS:

¿HA RECIBIDO DOSIS DE VACUNA CONTRA LA TOSFERINA? SI NO SE IGNORA ¿CUÁNTAS DOSIS?: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: DÍA MES AÑO

TIPO DE VACUNA: 1=DPT, 2=PENTAVALENTE ACELULAR, 3=TDaP, 4=OTRA(ESPECIFIQUE), 6=NINGUNA, 9=IGNORA TOMÓ ANTIBIÓTICO: SI NO ¿CUÁL ANTIBIÓTICO? _____

DÍAS DE TRATAMIENTO: SEMANA DE CLASIFICACIÓN:

CLASIFICACIÓN DE CONTACTO 3: DESCARTADO CONFIRMADO 1.LABORATORIO, 2. CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, 3.CLÍNICA

TIPO DE MUESTRA	FECHA DE TOMA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE RESULTADO	RESULTADO	TIPO DE TÉCNICA (1=CULTIVO, 2=PCR, 3=CULTIVO Y PCR, 4=OTRA)	AGENTE AISLADO / IDENTIFICADO
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Exudado Nasofaríngeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

RESULTADO FINAL CONTACTO 3: 1 = POSITIVO, 2 = NEGATIVO, 3 = PROCESO, 4 = SIN MUESTRA, 5 = INADECUADA, 6 = INDETERMINADO, 9 = IGNORADO

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA: 1=IDIRE, 2=LABORATORIO ESTATAL, 3=LABORATORIO PRIVADO, 4=LABORATORIO EN HOSPITAL, 9=SE IGNORA

X. OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES: _____

XI. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

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