**FICHA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO SARAMPION/RUBEOLA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de consulta del caso de SR:** |  |
| **Fecha de notificación del caso de SR:** |  |
| **Fecha de investigación caso sospechoso de SR:** |  |
| **Unidad Primaria Generadora del Dato:** |  |

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos:** |  | | |
| **EPS:** |  | | |
| **Código asegurador:** |  | | |
| **Etnia:** |  | | |
| **Tipo de documento:** |  | | |
| **Documento Identidad:** |  | | |
| **Fecha nacimiento:** |  | | |
| **Edad:** |  | | |
| **Sexo:** |  | | |
| **Nacionalidad:** |  | | |
| **Departamento:** |  | | |
| **Municipio:** |  | | |
| **Barrio:** |  | | |
| **Dirección:** |  | | |
| **Zona de residencia:** | **Urbana \_\_\_\_** | | **Rural \_\_\_\_** |
| **Tel. de contacto** | **1.** | | **2.** |
| **Ocupación:** | |  | |
| **Nombre de la madre o acompañante:** | |  | |

**ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de inicio de la erupción:** |  |
| **Fecha ultima dosis de vacunación SR:** |  |

**¿Tuvo contacto cercano con un caso confirmado o probable de infección por SR? (fuente de infección):**

**Si \_\_\_**  **No \_\_\_**

**Lugar de contagio:**

**ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha 1° consulta** |  | **Institución de salud:** |  |
| **Fecha 2° consulta** |  | **Institución de salud:** |  |

**Datos clínicos (signos y síntomas):**

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNOS Y SINTOMAS** | **SI / NO** |
| Fiebre |  |
| Exantema macular cefalocaudal |  |
| Conjuntivitis |  |
| Manchas de Koplik |  |
| Tos |  |
| Coriza |  |
| Adenopatías |  |
| Artralgias |  |
| Síntomas de resfriado |  |
| Otros y cuales: |  |

**COMORBILIDADES/ FACTORES DE RIESGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **COOMORBILIDADES/FACTOR DE RIESGO** | **SI / NO** |
| Asma |  |
| Alergias |  |
| Anemia |  |
| Bajo peso |  |
| Otros y cuales: |  |

**DATOS DE LABORATORIO**

Tipo de muestra para diagnóstico etiológico:

Orina (hasta 10 días desde inicio de brote).

Hisopado nasofaríngeo (hasta 14 días desde inicio de brote).

Suero (hasta 30 días desde inicio de brote).

**Hisopado nasofaríngeo (RT- PCR) Si \_\_ No \_\_ Fecha de la toma:**

**Orina Si \_\_ No \_\_ Fecha de la toma:**

**Suero Si \_\_ No \_\_ Fecha de la toma:**

**TIPO DE CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE CASO** | **SI / NO** |
| Caso sospechoso |  |
| Caso confirmado por laboratorio |  |
| Caso confirmado clínicamente |  |
| Caso confirmado por nexo epidemiológico |  |
| Caso descartado |  |
| Caso importado |  |
| Caso relacionado con un caso importado |  |
| Transmisión endémica |  |
| Caso asociado a la vacuna |  |
| Casos con fuente de infección desconocida |  |

**Entrevista con el paciente, familiares e informantes clave, complementar con datos de la historia clínica**

*Incluir:*

1. *Relato de la progresión de la enfermedad actual.*
2. *Investigar antecedente de viaje y contactos de riesgo durante el periodo de incubación (21 días previos a la erupción).*
3. *Identificar zonas de desplazamiento y contactos durante el período de transmisibilidad (4 días previos y 4 días posterior a la erupción).*
4. *Censo de contactos hospitalario y comunitarios verificar antecedente vacunal y signos y síntomas compatibles con la enfermedad.*

* **CONTACTOS CERCANOS**

Personas que viven en la misma casa o que estuvieron en contacto con el sospecho durante el periodo de infección (15 días antes del inicio de exantema y hasta 5 días después).

Contactos pueden ser: familiares, laborales o sociales.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **TIPO DOCUMENTO** | **N° IDENTIFICACIÓN** | **EDAD** | **EPS** | **TELÉFONO CONTACTO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **MOVILIZACIÓN SOCIAL:** |
| **MEDIDAS DE CONTROL:** |

**RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN**

**Municipio:**

**Departamento:**

**Teléfono:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO** | **PROFESIÓN** | **FIRMA** |
|  |  |  |
|  |  |  |