

Nº de caso: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Semana nº \_\_\_\_\_ que termina el sábado día \_\_\_\_\_

**DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_ Edad (años): \_\_\_\_\_ Sexo (H/M): \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  Desplazado  
 Dirección: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Centro de trabajo o enseñanza: \_\_\_\_\_  
 Situación laboral / Ocupación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

Descripción clínica:

Signos/Síntomas	SI	NO	NC
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash/exantema (>=3 días)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio: _____ Duración: _____			
Fiebre (>=38)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchas de Koplik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Complicaciones:** Respiratorias  Convulsiones  Encefalitis  Otitis   
 Otras  Especificar: \_\_\_\_\_

**Ingreso en hospital:**  SI  NO Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_  
 Centro: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

**Evolución:**  Recuperación  Fallecimiento Fecha: \_\_\_\_\_  Desconocida

**DATOS DE LABORATORIO**

Tipo muestra	Fecha toma	Fecha de recepción lab.	Técnica	Resultado
Suero 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> IGM	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
			<input type="checkbox"/> IGG 1ª	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
			<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
				<b>Fecha de resultado:</b> _____
Suero 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> Seroconversión de IGG	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<b>Fecha de resultado:</b> _____
Orina	_____	_____	<input type="checkbox"/> PCR	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
			<input type="checkbox"/> Cultivo	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
				<b>Fecha de resultado:</b> _____

Exudado faríngeo \_\_\_\_\_  PCR  Positivo  Negativo

Cultivo  Positivo  Negativo

Fecha de resultado: \_\_\_\_\_

Genotipado:  Sí  No Especificar Genotipo: \_\_\_\_\_

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Tipo de presentación: \_\_\_\_\_ Tipo de caso: \_\_\_\_\_

Tipo de caso:  Primario  Secundario  
 Autóctono  Importado ¿de donde?: \_\_\_\_\_

Confirmado:  por vínculo epidemiológico  clínicamente o compatible  por laboratorio  
 Extracomunitario ¿donde?: \_\_\_\_\_

Nº de alumnos: Aula: \_\_\_\_\_ Colegio: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido vacuna frente al sarampión?  SI  NO Número de dosis recibidas: \_\_\_\_\_

Tipo de vacuna (monovalente, trivalente): \_\_\_\_\_

Nombre comercial: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

Nombre comercial: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Fechas aproximadas: \_\_\_\_\_

Fecha última dosis: \_\_\_\_\_

Presenta documento de vacunación:  SI  NO

### Antecedentes de enfermedades:

Inmunodeficiencia congénita o adquirida: Sí  No

Tratamiento inmunopresor reciente: Sí  No

Malnutrición: Sí  No

¿Ha tenido contacto con un caso confirmado de sarampión en los 7-18 días antes del inicio del exantema?

Sí  No  NC  Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

¿Viajó en los 7-18 días antes del inicio del exantema?

Sí  No  NC  Lugar: \_\_\_\_\_

### Observaciones:

Caso descartado: Diagnóstico definitivo:  Rubéola  Parvovirus B19  Herpes Virus 6  
 Otro: \_\_\_\_\_

## MÉDICO DECLARANTE

Fecha de declaración: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Semana nº \_\_\_\_\_ que termina el sábado día \_\_\_\_\_

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ CIAS: \_\_\_\_\_

Otra fuente declarante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Centro Sanitario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_