



**FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO
SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGENITA**

RC

Caso sospechoso: Es todo paciente menor de 1 año, en el que se detecte uno o más de las siguientes manifestaciones al nacer: cataratas congénitas, cardiopatía congénita (conducto arterioso persistente, estenosis de la arteria pulmonar, etc.), púrpura o deficiencias auditivas; de quien un profesional de la salud sospecha SRC. Sospechar SRC si la madre tuvo o se sospechó infección por rubéola o confirmación mediante pruebas de laboratorio durante 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>	Hepatomegalia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>
Alteraciones cardiacas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>	Ictericia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>
Alteraciones Auditivas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>	Esplenomegalia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>
Microcefalia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>	Osteopatía	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>
Púrpura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	desc <input type="checkbox"/>				

Otros _____

Estudios	Fecha	Resultado
Otorrino		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		

Hospitalizado SI NO Institución.....Fecha de Ingreso...../...../.....

Defunción SI NO Fecha de Defunción:/...../.....



**FICHA DE INVESTIGACIÓN 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