
 Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud	 MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización	Ficha de Notificación e Investigación SARAMPION / RUBEOLA (CIE 10 – B05)	Código ISIS <small>A ser llenado por el PAI Departamental</small>
			____/____/____

Definición de caso: Caso sospechoso - Todo caso en el que se sospeche sarampión o rubéola que presente fiebre y erupción máculopapular, NO vesicular. (independientemente de la edad)

NOTIFICAR INMEDIATAMENTE AL NIVEL SUPERIOR CORRESPONDIENTE

Durante el primer contacto el personal de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos, clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico Inicial 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, **Zika, Chikungunya** 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido

País: Bolivia, Departamento _____ Establecimiento de salud que notifica _____

Municipio: _____ Teléfono del establecimiento que notifica _____

Red/Gerencia de Salud _____ Notificado por: _____ No. Tel _____

Fecha de: Consulta ____/____/____ Notificación Local ____/____/____ Visita Domiciliaria ____/____/____ Notificación Nacional ____/____/____
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

Localidad/Barrio/Ciudad _____

Detectado por:
 1=Consulta
 2=Laboratorio
 3=Búsqueda institucional
 4=Búsqueda de casos en la comunidad
 5=Investigación de contactos
 6=Casos reportados en la comunidad
 88=Otros
 99=Desconocido

Tipo de Sector de Institución que notifica:
 1=Público
 2=Privado
 88=Otro (seguro, ONG, convenio)
 Especifique _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE


Nombre y apellidos _____ Nombre de la madre o responsable: _____

Sexo 1=Masculino 2=Femenino Fecha de nacimiento ____/____/____ Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad _____
Día Mes Año Años Meses

Dirección actual _____ Dirección del trabajo o Unidad Educativa _____

Nacionalidad _____ Ocupación _____

Tipo de localidad: 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural Ciudad _____ Teléfono **Madre:** _____ **Padre:** _____

Referencias para localizar la vivienda: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Croquis de la vivienda 	
---	--	---

III HISTORIA VACUNAL (Es importante hacer todo lo necesario para obtener esta información)

Tipo de Vacuna*	Número de dosis **	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/> 3=Doble Viral (SR) 4=Triple Viral (SRP)	<input type="checkbox"/> 0=Cero dosis 1=Una dosis 2=Dos, 3=Tres 99=Desconocido	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	<input type="checkbox"/> 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro, cuaderno de vacunación del establecimiento de salud 3=Verbal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	<input type="checkbox"/>

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Signos y Síntomas					
Fiebre	<input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Temperatura (grados C): _____	Fecha del inicio de la fiebre:	____/____/____ Día Mes Año
¿Erupción?	<input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción:	____/____/____ Día Mes Año
		1=Sí 2=No 99=Desconocido		Tipo de erupción	<input type="checkbox"/> 1=Maculopapular 2=Vesicular 88=Otro 99=Desconocido
Tos	<input type="checkbox"/>		Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	
			Coriza	<input type="checkbox"/>	
			Manchas de Koplik?	<input type="checkbox"/>	
			¿Adenopatías?	<input type="checkbox"/>	
			¿Artralgia?	<input type="checkbox"/>	
La paciente está embarazada	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí	Número de semanas de embarazo (01-42): _____	Lugar donde probablemente dará a luz:	_____
Hospitalizado(a)	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí	Nombre del hospital _____	No. de Historia Clínica _____	
			Fecha de admisión	____/____/____ Día Mes Año	
Defunción	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí	Fecha de defunción	____/____/____ Día Mes Año	Causa básica de muerte: _____

Comentarios _____

V. MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO *Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. Se sugiere hisopado de garganta.*

Especímen			Prueba de Laboratorio							
Número muestra*	Tipo de muestra**	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab.	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Fecha de Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de la muestra en Lab.	Tipo de prueba +	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de Resultado (Día/Mes/Año)
____	____	____/____/____	____	____/____/____	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____
____	____	____/____/____	____	____/____/____	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____
____	____	____/____/____	____	____/____/____	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____
____	____	____/____/____	____	____/____/____	____/____/____	____	____	____	____	____/____/____

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c) _____

Comentarios: _____

(*) 1=Primera Muestra, 2=Segunda muestra, 3=Tercera muestra (si se justifica)

(**) 1=Suerdo, 2=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3=Hisopado de la garganta, 4=Orina, 5=Líquido Cefaloraquídeo, 88=Otro

(+) 1=IgM EIA/Indirecta, 2=IgM EIA/Captura, 3=Aislamiento Viral, 4=PCR, 5=IgM IF, 6=IgG EIA/Capture, 7=IgG IF, 8=HI

(‡) 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Parvovirus B19, 5=Herpes 6, 6=Enterovirus, 88=Otro

(§) 0=Negativo, 1=Positivo, 2=Muestra inadecuada, 3=Indeterminada, 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

VI. INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

¿Hubo búsqueda activa de casos?	<input type="checkbox"/>	1= Sí 2=No 99=Desconocido	Si es Sí	Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa: _____
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada?	<input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es Sí	Nombre: _____
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia?	<input type="checkbox"/>	1=Si, con Sarampión 2=Si, con Rubéola 3=Si, con ambos 4=No 99=Desconocido		
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema?	<input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si viajó:	_____ Ciudades/Paises
				_____ Fecha de entrada (Día/Mes/Año)
				_____ Fecha de salida (Día/Mes/Año)
Fuente de contagio	<input type="checkbox"/>	1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro		_____
Información complementaria				

VII. MEDIDAS DE RESPUESTA

<i>Si la respuesta es afirmativa completar todos los campos, válido para todas las preguntas</i>				
Hubo vacunación de bloqueo?	<input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Fecha de inicio: ____/____/____ Día Mes Año	Fecha Final: ____/____/____ Día Mes Año
			Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: _____	
Hubo monitoreo rápido de cobertura?	<input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	¿Qué % de vacunados se encontró?: _____	
Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso?	<input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos	____/____/____ Día Mes Año

VIII. CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN FINAL []	1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación []	1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar []	1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción Alérgica 88=Otro diagnóstico (especifique)
Fuente de infección para casos confirmados []	1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono	Si es importado, o relacionado a importación	País de importación _____		
¿Contacto de otro caso? []	1=Si 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número _____			
Clasificado por: _____				Fecha de clasificación final: _____	_____/_____/_____ Día Mes Año

NOTA:

Investigador:
Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Correo electrónico _____ Teléfono / Celular _____

Fecha de Investigación: ____/____/____
Día Mes Año

Comentarios:

IMPORTANTE

1. La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
2. Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación.
3. Tomar la muestra en el primer contacto en cantidad suficiente (Sangre, Aspirado/hisopado nasofaríngeo, hisopado de la garganta, orina, líquido cefaloraquídeo) Para ello se deben tomar muestras dentro de los primeros 28 días después de iniciada la erupción máculopapular. El virus del sarampión puede ser aislado de nasofaringe y orina en los primeros cinco días del inicio de la erupción
4. Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
5. No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
6. Se debe enviar adjunto a la ficha: fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).

Nota: Esta ficha de investigación se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones?task=download.send&id=1002&catid=117&m=0>

Imprima tres copias:

- Una para el establecimiento de salud,
- Una adjunta a la muestra,
- Una para envío a la coordinación/gerencia de red.