

*Definición de caso: Caso sospechoso – 1) Historia de **tos severa**, persistente por dos semanas o más, **paroxística**, seguida de vómitos. 2) En niños menores: tos prolongada seguida de apnea y cianosis. 3) En niños mayores: tos paroxística seguida de vómitos y náuseas. 4) Paciente con nexo epidemiológico*

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: 1=Tosferina o Coqueluche, 99=Desconocido

Establecimiento de salud que notifica: _____

País: _____

Teléfono del establecimiento que notifica: _____

Departamento _____

Notificado por: _____ No. Celular _____

Municipio: _____

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

Fecha de Notificación Local: ____/____/____
Día Mes Año

Red de Servicios: _____

Fecha de Visita Domiciliaria: ____/____/____
Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____
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, Especifique _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____

Nombre de la madre o responsable: _____

Sexo del paciente: 1=Masculino
2=Femenino

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

Edad: _____
Años Meses

Ocupación del Paciente: _____

Dirección 1 : _____ Dirección 2, del trabajo o escuela : _____

Tipo de localidad: 1=Urbano
2=Periurbano
3=Rural

Ciudad _____

Teléfono: _____

Referencia, croquis, para localizar la casa: _____

Comentario: _____

III HISTORIA VACUNAL

Historia de vacunas DPT, DT, dT o Pentavalente	Número de dosis*	Fecha de última dosis	Establecimiento o lugar dónde fue vacunado	Verificación de la vacunación **
_____	_____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	____/____/____	_____	<input type="checkbox"/>

(*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(**) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas	Sí	No		Sí	No	Estado Actual del paciente
Tos paroxística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragia Subconjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido <input type="checkbox"/>
Silbido inspiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Apnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Fecha de fallecimiento ____/____/____

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____

Institución, Servicio de salud: _____ Dirección: _____

Fecha de Notificación ____/____/____ Fecha de Investigación ____/____/____

Fecha de inicio de la enfermedad ____/____/____ Hospitalización ____/____/____

Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante)

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____ Dirección: _____

Vacunado: Si No Vacuna: _____ No de dosis _____ Verificado con carnet: Si No

Contactos del caso

Nombres y apellidos	Edad	Dirección	Vacuna	Fecha de última dosis	Vacunado en esta investigación	
					Si	NO

VI DATOS DE LABORATORIO

Tipo de Muestra	Fecha de recolección de la muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado

Comentario: _____

Nombre del Investigador: _____ Cargo _____

Firma: _____

PAI Nacional