

**FICHA EPIDEMOLÓGICA DE PAROTIDITIS**

**Caso sospechoso:** Toda persona que presente aumento uni o bilateral de la glandula parotida u otras salivales, acompañado de fiebre y dolor sin otra causa aparente

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE:** Nro de caso: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ mes  
 Sexo: F  M  Telf. Referencia: \_\_\_\_\_ día mes año  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE:** Hospitalizado: SI  NO  Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
 Dias de hospitalización \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
 Fecha en la que se realizo la ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
 Diagnóstico de ingreso: \_\_\_\_\_

**ANTIBIOTICOTERAPIA:** Uso previo de antibióticos SI  NO   
 Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Fecha de primera dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año  
 Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ día mes año

**SIGNOS Y SINTOMAS:**

	SI	NO		SI	NO		ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE	
Aumento de parotidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de oido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:**

¿Tuvo contacto con otro caso de parotiditis 12 a 25 dias antes del inicio de los sintomas? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

¿Existen otras personas en la casa o dentro de la familia con los mismos sintomas? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Nro. De personas \_\_\_\_\_

¿Viajó dentro de los ultimos 12 - 25 dias? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES VACUNALES:**

Recibio dosis SRP \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 dia mes año

Recibio Refuerzo SRP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 dia mes año

**Con carnet de vacunación** SI  NO   
 SI  NO  ¿Lugar de vacunacion ultima dosis? \_\_\_\_\_

**EVOLUCION DEL PACIENTE:** Hospitalizado \_\_\_\_\_ SI  NO  Días de estancia: \_\_\_\_\_

**FECHA DE CAPTACION** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NOTIFICACION** \_\_\_\_\_

**COMENTARIO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR:** \_\_\_\_\_ **CARGO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_