



Definición de Caso

Caso sospechoso: Es toda persona 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 persona gestante tuvo o se sospechó infección por rubéola o confirmación mediante pruebas de laboratorio durante el embarazo. Lactantes con bajo peso deben examinarse en busca de defectos congénitos específicos de SRC.

C

Sospecha por datos clínicos:

Hijo/a de persona con sospecha o confirmación de Rubéola:

1. DECLARANTE

Provincia:.....Departamento:.....Localidad:.....

Establecimiento notificante:..... Fecha de notificación:...../...../.....

Apellido y Nombre:

Teléfono:.....Mail:.....

2- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Edad: Nro Doc:

Sexo legal: Femenino (F) Masculino (M) No Binario (X)

Sexo al nacer: Femenino (F) Masculino (M) Indeterminado (I)

Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro

Domicilio actual:

Tel: ... Tel celular:.....

Referencia de ubicación del domicilio:

Localidad:.....

Urbano Rural Departamento:.....Provincia:.....



3- DATOS CLÍNICOS

Fecha de Consulta:/...../.....

Peso al nacer:.....gr.

Edad gestacional.....semanas

Signos Clínicos

Alteraciones oculares SI NO Desc. SI NO Hepatomegalia Ictericia SI NO

Alteraciones cardiacas Desc. SI NO Desc. Esplenomegalia Osteopatía Desc. SI

Alteraciones auditivas SI NO Desc. NO

Microcefalia Desc. SI

NO Desc.

SI NO

Desc.

Púrpura SI NO Desc.

Otros:.....

Estudios	Fecha	Resultados
Otorrinolaringología		
Cardiología		
Oftalmología		
Neurología		

Hospitalizado/a SI NO

Institución:.....
.....

Fecha de ingreso:...../...../.....

Defunción SI NO

Fecha de defunción:/...../.....



4- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Apellido y Nombre:

Edad de la persona que gestó:..... años Cantidad de embarazos anteriores:.....

Antecedentes durante el embarazo

Rubéola confirmada SI NO N/S Semana de embarazo:.....

Enf. Similar a Rubéola SI NO N/S SI NO Semana de
Expuesta a Rubéola Viajes N/S SI NO N/S Lugar:.....
Semana de Lugar:.....
Semana de
Semana de

Vacuna rubéola SI NO N/S Nro. de Dosis:..... eFecha de última
dosis:...../...../.....

5- EXÁMENES 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: Orina: Fecha:...../...../..... Resultado:.....
.....
Fecha:...../...../..... Resultado:.....
.....

6- ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Bloqueo: SI NO Nro. Manzanas Visitadas:.....
Aislamiento: SI NO Lugar:.....

Contactos	Domicilio/teléfono	N° Estudiado	N° Vacunado	N° No Vac.	Dosis Aplicadas
Familiares					
Institucionales					
Escolares					
Otros					

7- EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Persona Hospitalizada: SI NO Se ignora
Fecha de Hospitalización:...../...../.....
Institución:
Fecha Fallecimiento:/...../.....

SRC Confirmado por laboratorio

SRC Confirmado por diagnóstico clínico



Dirección Nacional de
Epidemiología e Información
Estratégica



Ministerio de Salud
Argentina

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASO SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infec. Congénita Rubéola (ICR) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Compatible con SRC | <input type="checkbox"/> |
| Descartado | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| Origen de la infección de la persona que lo gestó | | | |
| Importado | <input type="checkbox"/> | Autóctono | <input type="checkbox"/> |
| Relacionado a importación | | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> |

Fecha:/...../.....

.....
Firma y Sello profesional