



Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas
Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)
y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.

Llene esta ficha para: Todo menor de un año en quien un trabajador de salud de cualquier nivel del sistema de salud sospeche el SRC. *Generalmente se sospecha el SRC en un lactante cuando (1) el niño presenta uno o mas de las siguientes condiciones: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos, púrpura o sordera; o (2) si la madre tuvo confirmación o sospecha de infección de rubéola durante el embarazo. En especial los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos específicos del SRC.*

Clasificación Inicial: SOSPECHOSOS 1-Por Datos Clínicos 2-Hijo de madre con sospecha o confirmación de Rubéola 9-Desconocido

I. Identificación de la Institución que notifica:

Caso N°: _____ Caso N° ISIS: _____ (Cuando la clasificación es 2) Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta, 2=Laboratorio, 3=Búsqueda Institucional, 4=Búsqueda de casos en la comunidad, 5=Investigación de Contacto, 8=Casos reportados en la comunidad, 9=Otros 9=Desconocido Fecha de Consulta: ____/____/____ Fecha de Notificación Local: ____/____/____ Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ Tipo de Sector de Institución que notifica <input type="checkbox"/> 1=Público, 2=Privado, 8=Otro, Especifique _____ <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small>	Nombre de la Institución que notifica: _____ Notificado por: _____ Fecha de Notificación Regional: ____/____/____ <small style="display: block; text-align: center;">Día Mes Año</small>
--	---

II. Datos generales del paciente

Nombre y apellidos del niño: _____ Región: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____ Dirección del Paciente: _____ Referencia para localizar la casa: _____ Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano, <input type="checkbox"/> 2=Periurbano, <input type="checkbox"/> 3=Rural Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> 1=Masculino, <input type="checkbox"/> 2=Femenino	Cédula/Exp: _____ Teléfono: _____ Lugar de nacimiento (nombre del hospital): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad en meses: _____
--	---

III. Historia Materna

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Vacuna contra la rubéola: <input type="checkbox"/> 1=Si, 2=No, 9=Desconocido, N° de dosis: _____ Número de embarazos previos: _____	Tarjeta de vacunación: <input type="checkbox"/> 1=Si, 2=No, 9=Desconocido Fecha de última dosis: ____/____/____ Fecha de última menstruación: ____/____/____
Antecedentes durante el embarazo: 1=Si, 2=No, 9=Desconocido	
Rubéola confirmada <input type="checkbox"/> Semanas de Embarazo: _____ Enfermedad similar a Rubéola <input type="checkbox"/> Semanas de Embarazo: _____ Expuesta a Rubéola confirmada <input type="checkbox"/> Semanas de Embarazo: _____ Dónde: _____ Viajes: <input type="checkbox"/> Semanas de Embarazo: _____ Dónde: _____	

IV. Información clínica del paciente

APGAR _____ (1 - 10) Condición a tomar en cuenta: 1=Si, 2=No, 9=Desconocido Bajo peso al nacer: <input type="checkbox"/> _____ grs Pequeño para edad gestacional: <input type="checkbox"/> _____ semanas	OJOS Cataratas <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía pigmentaria <input type="checkbox"/> Otros: _____ OIDOS Sordera <input type="checkbox"/> Otros: _____	CORAZÓN Persistencia del conducto arterioso <input type="checkbox"/> Estenosis de la arteria Pulmonar <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/>
Hospitalizado: <input type="checkbox"/> N° de historia clínica: _____ Exámenes especiales: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ Fallecido: <input type="checkbox"/> En caso de ser Si: Fecha de defunción: ____/____/____ Examen anatomopatológico: <input type="checkbox"/> Compatible con SRC <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/>		