

E.- COLECTIVOS A LOS QUE ACUDIÓ EL CASO DURANTE EL PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD

COLECTIVO 1 Hogar Escuela infantil Colegio Otro centro docente C. de Salud
 Hospital Otro centro sanitario Lugar de trabajo C. Deportivos
 Medio de transporte Otro: _____

Nombre: _____
Dirección: _____ Teléfono: __/__/_____
Municipio: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

Número de contactos: ____ Número de mujeres embarazadas: ____
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo: Sí No
Número de casos secundarios: ____ Número de casos secundarios en embarazadas: ____

COLECTIVO 2 Hogar Escuela infantil Colegio Otro centro docente C. de Salud
 Hospital Otro centro sanitario Lugar de trabajo C. Deportivos
 Medio de transporte Otro: _____

Nombre: _____
Dirección: _____ Teléfono: __/__/_____
Municipio: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

Número de contactos: ____ Número de mujeres embarazadas: ____
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo: Sí No
Número de casos secundarios: ____ Número de casos secundarios en embarazadas: ____

COLECTIVO 3 Hogar Escuela infantil Colegio Otro centro docente C. de Salud
 Hospital Otro centro sanitario Lugar de trabajo C. Deportivos
 Medio de transporte Otro: _____

Nombre: _____
Dirección: _____ Teléfono: __/__/_____
Municipio: _____

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

Número de contactos: ____ Número de mujeres embarazadas: ____
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo: Sí No
Número de casos secundarios: ____ Número de casos secundarios en embarazadas: ____



F. INTERVENCIÓN

F1. SOBRE EL COLECTIVO

Sí: <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___			
Tipo de Intervención:	Vacuna <input type="checkbox"/>	IG: <input type="checkbox"/>	Información: <input type="checkbox"/>	
Nº total contactos: _____	Niños vacunados correctamente: _____			
	Niños vacunados incorrectamente: _____			
	Niños no vacunados: _____			
Se recomendó vacuna en: _____	Se vacunaron: _____	Causas no vacunación: _____		
Se recomendó IG en: _____	Se dio IG en: _____	Causas no IG: _____		
Personas que acreditan seroprotección _____				

F2. SOBRE EL COLECTIVO

Sí: <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___			
Tipo de Intervención:	Vacuna <input type="checkbox"/>	IG: <input type="checkbox"/>	Información: <input type="checkbox"/>	
Nº total contactos: _____	Niños vacunados correctamente: _____			
	Niños vacunados incorrectamente: _____			
	Niños no vacunados: _____			
Se recomendó vacuna en: _____	Se vacunaron: _____	Causas no vacunación: _____		
Se recomendó IG en: _____	Se dio IG en: _____	Causas no IG: _____		

F3. RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN (F1+F2)

Nº TOTAL EXPUESTOS: _____	Nº TOTAL CASOS: _____		
Vacunados: _____	Con 1ª dosis: _____	Vacunados: _____	Con 1ª dosis: _____
	Con 2ª dosis: _____		Con 2ª dosis: _____
No vacunados: _____	No vacunados: _____	No vacunados: _____	No vacunados: _____
	correctamente	correctamente	
Personas que acreditan seroprotección _____			

G.- DATOS DE LABORATORIO

Tipo Muestra/determinación	Fecha Toma	Fecha Recepción	Laboratorio (LNR/no LNR)	Resultado	Fecha Resultado
Suero 1 (IgM)					
Suero1 (Aidez IgG)					
Suero 1 (IgG)					
Suero 2 (IgG)					
Ex. faríngeo (RT-PCR)					

Genotipado: No Sí Genotipo identificado: _____

En caso de ser negativo a Rubéola:

Sarampión Parvovirus B19 Herpes Virus 6 Adenovirus Enterovirus
 Otro No identificado Fecha resultado: __/__/__

H.- CLASIFICACIÓN DEL CASO

1.- SEGÚN GRADO DE CERTEZA DIAGNÓSTICO:

Sospechoso: Probable: Confirmado: Vacunal: Descartado: En investigación:
 Criterio de clasificación: Clínico: Epidemiológico: De laboratorio:

2.- SEGÚN SU ORIGEN:

Autóctono: Importado: Relacionado con un caso importado:
 Perteneciente a otra CCAA: Comunidad Autónoma: _____

I.- DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

CIAS: _____ Notificador: _____
 Centro de Trabajo: _____ Teléfono: _____
 Municipio: _____ DAS: _____

OBSERVACIONES: _____

PERSONA QUE REALIZA EL CUESTIONARIO: _____