



Nº EDO: _____

Fecha de Notificación: ___/___/___

Hora: __:__ h.

Fecha de la consulta médica: ___/___/___

Código SAR: _____

prov. nº caso

A.- DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO

Apellidos: _____	Nombre: _____	
DNI: _____	Tarjeta Sanitaria: _____	Seguridad Social: _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___	Edad (años): ____	Para <2 años (meses): ____
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Domicilio: _____	ZBS: _____	
Municipio: _____	Código Postal: _____	
Teléfonos: 1º ___/___/___	2º ___/___/___	
País de nacimiento: _____	Año de llegada: _____	
¿Pertenece a algún colectivo desfavorecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC Colectivo: _____		

B.- DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ___/___/___					
	Si	No	NC		
Exantema maculopapular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio: ___/___/___	Duración: _____ días
Fiebre (38°C):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de inicio: ___/___/___	
Coriza:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conjuntivitis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Presenta complicaciones?:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> NC		
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Encefalitis	<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Neumonía
	<input type="checkbox"/> Laringotraqueobronquitis	Otras: _____			
Defunción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de defunción: ___/___/___	
Ingreso en el hospital:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro: _____	
				Fecha de Hospitalización: ___/___/___	Fecha de alta: ___/___/___
Asociado a caso:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tipo de brote: _____	Número de brote: _____	

C.- ESTADO VACUNAL

Vacuna: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº dosis: ____	Fecha 1ª dosis: ___/___/___	Documentada: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
		Fecha 2ª dosis: ___/___/___	Documentada: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
País de vacunación: _____			

D.- ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN

Contacto con un caso confirmado de sarampión en los 7-18 días previos del inicio del exantema	
<input type="checkbox"/> Sí:	Nombre y Apellidos: _____ Nº EDO: _____
Ambito de exposición:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela infantil <input type="checkbox"/> Colegio <input type="checkbox"/> Otro centro docente <input type="checkbox"/> C. Salud
	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro centro sanitario <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> C. Deportivos
	<input type="checkbox"/> Medio de transporte Otro: _____
Realización de algún viaje en los 7-18 días previos al inicio del exantema	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>	Lugar: País: _____ C. Autónoma: _____
	Provincia: _____ Municipio: _____
Fecha de llegada: ___/___/___	Fecha de partida: ___/___/___

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
(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

* En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Sí No Cuántos: _____

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
(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

* En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Sí No Cuántos: _____

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
(4 días antes y 4 después de la aparición del exantema): del __/__/__ al __/__/__

* En los 18 días del seguimiento, ¿han aparecido casos? Sí No Cuántos: _____



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 ENTORNO FAMILIAR

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	Realizada (SI/NO)	Fecha Toma	Fecha Recepción	Laboratorio (LNR/ no LNR)	Resultado	Fecha Resultado
Suero 1 (IgM)						
Suero 1 (IgG)						
Suero 2 (IgG)						
Ex. faríngeo (RT-PCR)						

Genotipado: No Sí Genotipo identificado: _____

En caso de ser negativo a Sarampión:

Rubéola Parvovirus B19 Herpes Virus 6 Adenovirus Enterovirus
 Otro No identificado Fecha resultado: _/_/___

H.- CLASIFICACIÓN DEL CASO

1.- SEGÚN GRADO DE CERTEZA DIAGNÓSTICA:

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:
Pertenece a otra CCAA: Comunidad Autónoma: _____

I.- DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

CIAS: _____ Notificador: _____

Centro de Trabajo: _____ Teléfono: _____

Municipio: _____ DAS: _____

OBSERVACIONES: _____

PERSONA QUE REALIZA EL CUESTIONARIO: _____