

RUBÉOLA CONGÉNITA

FECHA NOTIFICACIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

BARRIO: _____

FECHA RECEPCIÓN FICHA: _____

COMUNA: _____

CORREGIMIENTO: _____

FECHA DE LA VISITA: _____

CASO CAPTADO POR: _____

HORA DE VISITA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS AFECTADO (A): _____ EDAD _____

No IDENTIFICACIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRES, PADRE O PERSONA A CARGO _____

No IDENTIFICACIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO _____

DEL CUIDADOR O PERSONA A CARGO: _____ ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____ NIVEL SISBEN: _____ ESTADO CIVIL: _____

TIPO DE VIVIENDA (EN ARRIENDO,COMODATO, PRESTADA O PROPIA): _____

PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA (MENORES DE 5 AÑOS, ADULTOS MAYORES,GESTANTES, ADOLESCENTES): _____

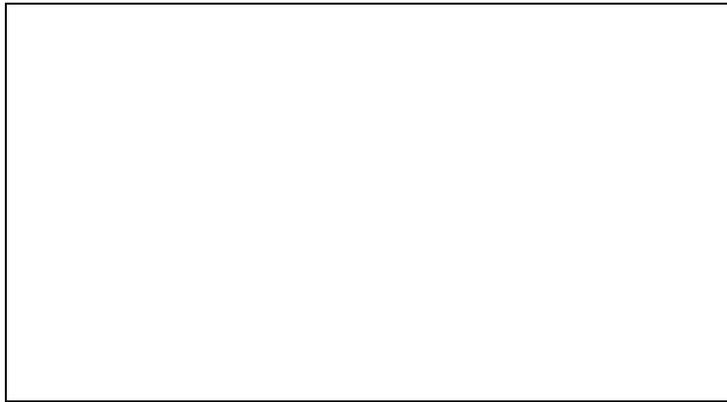
HACINAMIENTO _____
UBICACION (CONJUNTO RESIDENCIAL, BARRIO POPULAR, ZONA DE INVASIÓN O DE RESERVA FORESTAL): _____

SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA: _____ ESTRATO (SEGUN FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS): _____

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

TIPOLOGIA FAMILIAR(MONOPARENTAL, MADRE CABEZA DE HOGAR, FLIA RECONSTITUIDA): _____

FAMILIOGRAMA



ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

REGIMEN DE AFILIACIÓN AL SGSS: _____ ASEGURADORA: _____ IPS DONDE CONSULTA: _____

TIPO DE MALFORMACIÓN QUE PRESENTA EL RECIEN NACIDO (SORDERA, CATARATA, MALFORMACIÓN CARDICADA, OTRA (CUÁL): _____

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN (OCUPACIONAL, CONTACTOS CON OTRO CASO): _____

ANTECEDENTES (FAMILIARES, PERSONALES, QUIRURGICOS, HOSPITALARIOS, GINECOLOGICOS, TRAUMÁTICOS, FARMACOLOGICOS, TRANSFUSIONALES, ALÉRGICOS): _____

HISTORIA DE INMUNIZACIÓN DE LA MADRE(TENENCIA EL CARNET, VACUNACIÓN EN LA JORNADA): _____

HISTORIA DE INMUNIZACIÓN DEL MENOR(TENENCIA EL CARNET, ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD): _____

Diligencie el cuadro anexo de vacunación especificando la fecha de aplicación de la vacuna

ASISTENCIA A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONTROL PRENATAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, OTROS)

ESQUEMA DE VACUNACION								
VACUNAS	RN	2 MESES	4 MESES	6 MESES	1 AÑO	18 MESES	5 AÑOS	60 y más años
BCG								
ANTIPOLIO								
DPT								
HAEMOPHILUS INFLUENZAE								
HEPATITIS B								
ROTAVIRUS								
ANTI -INFLUENZA* aplicada después de los seis meses								
ANTI NEUMOCOCO* Para niños acuerdo 366/07								
TRIPLE VIRAL								
FIEBRE AMARILLA								
HEPATITIS A								
ANTI -INFLUENZA								

ANTECEDENTES ASOCIADOS AL EVENTO (CASO INVESTIGADO)

	SI	NO	OBSERVACIONES
DESPLAZAMIENTOS DURANTE 7 A 23 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ERUPCIÓN???? VIAJO DURANTE SU EMBARAZO A ZONAS CON CASOS CONFIRMADOS DE RUBÉOLA			¿DÓNDE?
CONTACTO RECIENTE CON OTROS CASOS???? CONTACTO DURANTE EL EMBARAZO			¿HACE CUÁNTO?
CONSULTÓ AL MÉDICO???			¿HACE CUÁNTO? TIPO DE ANTIBIOTICO Y DURACION
RECIBIÓ TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICO ?????			¿QUÉ Y CÓMO?
SE AUTOMÉDICO ??????			¿CUÁLES?
APLICACIÓN RECIENTES DE VACUNAS			¿DÓNDE?
PERSONA ESCOLARIZADA			¿CUÁL?
RESIDENTE EN ALBERGUE U OTRO			
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS Y DESCRIPCIÓN			
FIEBRE			FECHA DE INICIO Y DURACIÓN
ERUPCIÓN			FECHA DE INICIO, TIPO Y DURACIÓN
TOS			FECHA DE INICIO Y DURACIÓN
CORIZA			FECHA DE INICIO
CONJUNTIVITIS			FECHA DE INICIO
ADENOPATIAS			FECHA DE INICIO
ARTRALGIAS			FECHA DE INICIO
TUVO CONTACTO CON ALGUNA MUJER EMBARAZADA ENTRE LOS 5 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ERUPCIÓN Y CINCO DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS			

AMPLIACIÓN DE LOS HALLAZGOS

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO (DESCRIBIR OTRAS OBSERVACIONES):

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIVIENDA Y A LAS PERSONAS

	SI	NO	OBSERVACIONES
TENENCIA DE MASCOTAS			¿CUÁLES? _____
CONDICIONES ADECUADAS DE SANEAMIENTO BASICO			¿CUÁLES? _____
HACINAMIENTO			¿CÓMO? _____
HÁBITOS HIGIENICOS ADECUADOS			¿CUÁLES? _____
HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS			¿CUÁLES? _____
LACTANCIA MATERNA			¿CÓMO? _____
ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE			¿CUÁL? _____
FUMADOR HABITUAL U OCASIONAL			¿HACE CUÁNTO? _____
CONSUMO DE ALCOHOL HABITUAL U OCASIONAL			¿HACE CUÁNTO? _____
CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS			¿HACE CUÁNTO? _____
PRACTICA DE SEXO SEGURO			¿CÓMO? _____
DESPLAZADO O HABITANTE DE CALLE			¿CUÁL? _____
OTROS			¿CUÁLES? _____

OPERACIÓN BARRIDO

FECHA OPERACIÓN BARRIDO: _____ NUMERO DE CONTACTOS : _____

CUADRO 2

GRUPO DE EDAD	TOTAL POBLACION	DOSIS APLICADAS					TOTAL
		DPT-1	DPT-2	DPT-3	REFUERZO 1	REFUERZO 2	
< 2 meses							
> = 2 meses - 1 año							
1 año - 4 años							
> 5 años							
Total							

BAC

DIRECCIÓN	NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA							NUMERO DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPION Y RUBÉOLA	SE OBTUVO MUESTRA		FECHA DE OBTENCION DE LA MUESTRA
	EDAD								SI	NO	
	Menor 1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 24 años	25 a 34 años	35 y más	TOTAL PERSONAS				
TOTAL											

CIERRE DE CASO