

FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA COQUELUCHE**DATOS DEL NOTIFICADOR**

Establecimiento al que pertenece el Notificador
 Localidad Departamento
 Provincia
 Apellido y Nombre:
 Correo electrónico
 Tel/FAX Celular

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:
 Nombre:
 Fecha de nacimiento:/...../.....
 Edad (años):
 En menores de 2 años (meses):
 Sexo:
 Domicilio:
 Localidad:
 Provincia:
 Teléfono:
 Ingreso al hospital: Fecha:/...../.....
 Centro:
 Servicio:

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio síntomas:/...../.....
 Descripción clínica:

Signos/ síntomas	SI	NO
Tos		
Tos paroxística		
Estridor		
Apnea		
Cianosis		
Vómitos		
Síntomas catarrales		

Otros síntomas (citar):
 Duración de la tos (en días):
Complicaciones:
 Neumonía:
 Ataques focales o generales:
 Encefalopatía aguda:
 Otras(especificar):

Tratamiento: Antibióticos SI: NO:

Citar fármacos usados y duración:

DATOS DE LABORATORIO

Tipo muestra:

1- Aspirado Hisopado Espudo

Extracción de muestra.

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

2- Suero

Extracción de muestra.

Fecha de toma de primera muestra:/...../.....

Fecha de toma de segunda muestra:/...../.....

Indicar Número de glóbulos blancos y número de linfocitos

DATOS DE VACUNACION

Ha recibido vacuna DTP o DTPHib? Tipo de vacuna:
 Número de dosis recibidas:
 Fechas:
 1º/...../.....
 2º/...../.....
 3º/...../.....
 1er Refuerzo/...../.....
 2do Refuerzo/...../.....
Última dosis recibida: Fecha:/...../.....

¿Presenta carnet de vacunación? Si No

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estuvo en contacto con alguna persona que presentaba sintomatología similar a la del caso o con tos persistente? .
 Quién?

Dónde reside?

Asiste a alguna institución?

Cuál?

Dónde está ubicada?

Evolución: Recuperación: si no

Fallecimiento: si no

Desconocida: si no Fecha:/...../.....

ENVIO DE RESULTADOS

Apellido y
 Nombre:

Cargo:

TE/FAX/EMAIL PARA ENVIO DE RESULTADOS:

.....

.....

FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA CONTACTOS DE CASO ÍNDICE COQUELUCHE

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellido y Nombre:.....
 Sexo F • M •
 Fecha de nacimiento:...../...../.....
 Años:..... Meses:.....
 Provincia/Región.....
 Municipio:.....
 Domicilio: calle.....N°.....

2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estuvo en contacto con un caso sospechoso de Tos convulsa o con una persona con síntomas similares a la del caso?

Si • No • N/C •

Quién?.....

Tuvo conocimiento de algún otro caso de Tos convulsa?

Si • No • N/C •

Lugar de residencia del contacto.....

3- DATOS CLÍNICOS

Fecha Inicio Síntomas...../...../.....

Descripción clínica:

Signos/ síntomas SI NO

Tos persistente

Tos paroxística

Estridor

Apnea

Vómitos después de toser

Otros síntomas (citar):.....

Duración de la tos (en días):

Complicaciones (especificar):.....

Fecha de consulta:/...../.....

Internación Si • No •

Terapia antibiótica? Si • No •

En caso afirmativo indique qué antibiótico le fue recetado y cuántos días lo recibió

4.- DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna Triple Si • No •

N° dosis.....

Fecha última dosis...../...../.....

Cuádruple Si • No •

N° dosis.....

Fecha última dosis...../...../.....

Quíntuple acelular Si • No •

N° dosis.....

Fecha última dosis...../...../.....

5.- LABORATORIO

Extracción de muestra

Fecha...../...../.....

Tipo muestra:

Aspirado •

Hisopado •

Espudo •

Suero •

Indicar Fórmula leucocitaria:

Observaciones:

Evolución: Fecha:...../...../.....

Recuperación:

Fallecimiento:

Desconocida:

Indicar dirección de mail y/o fax