

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	 HOSPITAL REGIONAL HUACHO	Caso Probable de Síndrome de Rubéola Congénita (CIE – 10: P35.0) FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA	 HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
Se considera como caso probable de SRC a todo niño menor de un año de edad en el cual: a) Se detecte uno o más de los siguientes: cataratas/glaucoma congénito, cardiopatía congénita, hepato-esplenomegalia, deficiencia auditiva, retinopatía pigmentaria, microcefalia, microftalmia, púrpura, trombocitopenia, radio-transparencia ósea de huesos largos y retraso en el desarrollo psicomotor. b) Se conozca que la madre haya tenido rubéola confirmada por laboratorio o exista sospecha de ésta, durante el embarazo. c) Recién nacido con diagnóstico probable de TORCHS. Los lactantes con bajo peso al nacer deben ser cuidadosamente examinados en búsqueda de defectos congénitos presentes en el SRC.			
I. Identificación del niño (preguntar directamente a la madre; incidir en la dirección)			
Nombre del niño: _____ Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha de captación: ____ / ____ / ____ Sexo: M [] F [] Diagnóstico de ingreso: _____ Nº de Historia clínica: _____ Nombre de la madre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Referencia: _____ Localidad: _____ Tipo de Localidad: Urbano [] Rural [] Desconocido [] Distrito _____ Provincia _____ Departamento: _____			
II. Historia materna			
Edad de la madre (en años) _____ Número de embarazos previos: _____ Tiene vacuna contra la rubéola? SI / NO Si es sí, en qué fecha: ____ / ____ / ____ Tuvo enfermedad con fiebre y exantema maculopapular durante el embarazo? SI / NO . Si es sí, a. ¿en qué mes del embarazo?: _____ b. ¿fue confirmada por laboratorio la Rubéola en la madre? SI / NO Se expuso durante el embarazo a alguna persona (de cualquier edad) con enfermedad eruptiva maculopapular con fiebre? SI / NO Si es sí, en qué mes del embarazo?: _____ Viajó durante el embarazo? SI / NO Si es sí, a. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando viajó?: _____ b. Describir a dónde viajó: _____			
III. Datos clínicos del niño o niña Fecha de examen clínico: ____ / ____ / ____			
Peso al nacer (g): _____; Edad Gestacional (semanas): _____; ¿Nació Prematuro? SÍ/ NO ; APGAR: _____ ' _____ ^{5'} Marque con una "X" los síntomas o signos que presenta.			
Ojos Cataratas [] Glaucoma [] Retinopatía Pigmentaria [] Microftalmia [] Corazón Persistencia del conducto arterioso [] Estenosis periférica arteria pulmonar [] Otros defectos del corazón [] Oídos Defecto de la audición []	Generales Trombocitopenia [] Pequeño para edad gestacional [] Microcefalia [] Retraso del desarrollo psicomotor [] Púrpura [] Hepatomegalia [] Esplenomegalia [] Radio-transparencia huesos largos [] Meningoencefalitis [] Ictericia []		
Otras anomalías: SÍ/ NO Si es sí, describe: _____			

Toxoplasmosis [] Rubéola [] Citomegalovirus [] Herpes simple [] Sífilis []																		
Si falleció, fecha de defunción: ____/____/____																		
Nombre del profesional que examinó al neonato o infante: _____																		
Dirección del profesional: _____ Teléfono: _____																		
IV. Examen de laboratorio en el niño																		
Fecha de: _____																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">Obtención de la muestra</th> <th style="width: 16.6%;">Recepción por laboratorio de referencia regional</th> <th style="width: 16.6%;">Recepción por el INS</th> <th style="width: 16.6%;">Resultado por el INS</th> <th style="width: 16.6%;">Recepción de resultado por Epidemiología de DISA</th> <th style="width: 16.6%;">Recepción de resultado por el hospital centinela</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> <td style="text-align: center;">____/____/____</td> </tr> </table>	Obtención de la muestra	Recepción por laboratorio de referencia regional	Recepción por el INS	Resultado por el INS	Recepción de resultado por Epidemiología de DISA	Recepción de resultado por el hospital centinela	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____						
Obtención de la muestra	Recepción por laboratorio de referencia regional	Recepción por el INS	Resultado por el INS	Recepción de resultado por Epidemiología de DISA	Recepción de resultado por el hospital centinela													
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____													
Resultados:																		
V. Clasificación final del caso (Marque con una "X" el que corresponda)																		
1. Caso probable de SRC sin confirmación de laboratorio = Caso compatible con SRC [] 2. Caso probable de SRC + IgM positivo = SRC confirmado por laboratorio [] 3. No manifestaciones clínicas de SRC + IgM positivo = Infección por Rubéola Congénita (IRC)*. []																		
(*) = A estos niños debe evaluarse potenciales evocados auditivos para descartar sordera.																		
VI. Aislamiento viral																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Tipo de muestra:</th> <th style="width: 12.5%;">Fecha de obtención de muestra</th> <th style="width: 12.5%;">Fecha de recepción por laboratorio de referencia regional</th> <th style="width: 12.5%;">Fecha de recepción de muestra por el INS</th> <th style="width: 12.5%;">Fecha de Resultado por el INS</th> <th style="width: 12.5%;">Fecha de recepción de resultado por Epidemiología de DISA</th> </tr> <tr> <td>1. Orina <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Secreción orofaríngea <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tipo de muestra:	Fecha de obtención de muestra	Fecha de recepción por laboratorio de referencia regional	Fecha de recepción de muestra por el INS	Fecha de Resultado por el INS	Fecha de recepción de resultado por Epidemiología de DISA	1. Orina <input type="checkbox"/>						2. Secreción orofaríngea <input type="checkbox"/>					
Tipo de muestra:	Fecha de obtención de muestra	Fecha de recepción por laboratorio de referencia regional	Fecha de recepción de muestra por el INS	Fecha de Resultado por el INS	Fecha de recepción de resultado por Epidemiología de DISA													
1. Orina <input type="checkbox"/>																		
2. Secreción orofaríngea <input type="checkbox"/>																		
Resultados:																		
VII. Notificación																		
Fecha de la notificación: ____/____/____ Fecha de envío de la Investigación: ____/____/____ Hospital: _____ Servicio: _____ Dirección Regional de Salud: _____ Nombre del Epidemiólogo: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____ Dirección: _____																		
VIII. Interconsultas:																		
Fecha: ____/____/____																		