



### Definición de Caso sospechoso:

**Menores de 6 meses:** Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.

**Mayores de 6 meses hasta 11 años:** Tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.

**Mayores de 11 años:** tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante

## DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:.....Nombre:.....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Edad (años): ..... En menores de 2 años (meses): .....

Sexo: ..... Documento de Identidad: .....

Domicilio:.....Localidad:.....

Provincia:.....Teléfono:.....

## DATOS CLÍNICOS

Centro de Salud donde se atiende.....

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

Fecha de inicio síntomas: ...../...../.....

Indicar si se trata de paciente Ambulatorio  Hospitalizado

### Antecedentes Personales

Presencia de enfermedad de base: Si  No

Antecedentes	SI
Sintomáticos respiratorios convivientes	
Prematurez	
Inmunodeficiencia congénita o adquirida	
Enfermedad neoplásica	
Enfermedad pulmonar crónica post viral	
Displasia broncopulmonar	
Cardiopatía congénita	

(Marcar con un tilde)

### Descripción clínica

Signos/ síntomas	SI
Tos	
Tos paroxística	
Estridor	
Apnea	
Cianosis	
Vómitos	
Síntomas catarrales	

(Marcar con un tilde)

Otros síntomas (citar): .....

..... Duración de la tos (en días):.....

**Complicaciones:** SI (Marcar con un tilde)

Neumonía:

Convulsiones:

Encefalopatía aguda:

Otras (especificar): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Tratamiento:**

Antibióticos previos: SI  NO

Citar fármacos usados y duración:

.....

.....

.....

.....

Actual: SI  NO

Citar fármacos usados y duración:

.....

.....

.....

.....

## DATOS DE LABORATORIO/IMAGENES

Tipo muestra: 1- Aspirado  Hisopado   
 2- Suero

Fecha de toma de muestra ...../...../.....

Fecha de toma de 1º muestra...../...../.....

Fecha de toma de 2º muestra...../...../.....

Resultado:.....

### Hemograma:

Número de glóbulos blancos.....

Número de linfocitos.....

Recuento de plaquetas.....

Rx de tórax Si  No

Descripción.....

## DATOS DE VACUNACIÓN

¿Ha recibido vacuna anti coqueluche? .....

Tipo de vacuna: .....

Número de dosis recibidas:.....

Fechas:1º ...../...../.....

2º ...../...../.....

3º ...../...../.....

1er Refuerzo ...../...../.....

2do Refuerzo ...../...../.....

Refuerzo de los 11 años: ...../...../.....

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

¿Estuvo en contacto con alguna persona que presentaba sintomatología similar a la del caso o con tos persistente? SI  NO

¿Quién?.....

¿Dónde reside?.....

Conviven 5 o más personas como contactos familiares: SI  NO

¿Asiste a alguna institución (escuela, jardín, club)?

SI  NO  ¿Cuál? .....

Dónde está ubicada? .....

Última dosis recibida: Fecha...../...../.....

## ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tipo de contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos con ATB	Nº de contactos con esquema completo	Nº de contactos sin esquema completo	Nº de dosis aplicadas	Resultado de MRC
Familiares							
Escolares							
Laborales							
Otros							

### Evolución

Alta: SI  NO  Días de internación: .....

Derivación NO  SI

¿A dónde? .....

.....

Fallecimiento: NO  SI  Fecha:...../...../.....

Atención médica asociada a la enfermedad actual después del alta hospitalaria: NO  SI

¿A dónde? .....

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Establecimiento al que pertenece el Notificador.....

Localidad.....

Departamento.....

Provincia.....

Apellido y Nombre:.....

Correo electrónico.....

Tel/FAX.....

Celular.....

## CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

Confirmado

Probable

Descartado

Firma y sello del médico

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