



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 acompañada 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 LA PERSONA QUE NOTIFICA

Establecimiento:
Localidad:..... Departamento:..... Jurisdicción:.....
Apellido y Nombre:
Correo electrónico:.....Tel:..... Celular:

DATOS DE LA PERSONA

Apellido: Nombre:
Fecha de nacimiento: /..... /.....
Edad (años):En menores de 2 años (meses):
Sexo legal: Femenino (F) Masculino (M) No Binario (X)
Sexo al nacer: Femenino (F) Masculino (M) Indeterminado (I)
Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Otro
Domicilio::Teléfono:
Jurisdicción: Localidad:

DATOS CLÍNICOS

Centro de Salud donde se atiende:
Servicio:Domicilio:Teléfono:
Fecha de consulta: /..... /.....
Fecha de inicio síntomas: /..... /.....
Indicar si recibe atención: Ambulatoria En internación

Descripción clínica:

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

Otros síntomas (citar):

¿Hoy tiene tos?: NO: SI

Complicaciones:

Neumonía: Convulsiones: Encefalopatía aguda:
Otras(especificar):.....

Tratamiento:

Antibióticos NO: SI: Previo: NO: SI: Fármacos usados y duración:
Actual: NO: SI: Fármacos usados y duración:

DATOS DE LABORATORIO

Tipo muestra:
1- Aspirado nasofaríngeo Hisopado nasofaríngeo
Extracción de muestra: Fecha..... /..... /.....
2- Suero
Extracción de muestra. Fecha de toma de primera muestra..... /..... /.....
Fecha de toma de segunda muestra..... /..... /.....
Hemograma: Número de glóbulos blancos:..... Número de linfocitos:.....



DATOS DE VACUNACIÓN (CON CARNET)

¿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:/...../.....

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

Vacunación de la persona gestante en el embarazo: Fecha...../...../.....

Semana de gestación:.....

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 (escuela, jardín, club, etc.)? SI: NO: ¿Cuál?

¿Dónde está ubicada?

ACCIONES DE INVESTIGACIÓN, CONTROL Y PREVENCIÓN

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Familiares/hogar						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Escolares						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Laborales						

Contactos	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos que recibieron ATB	Nº de contactos con esquema vacunación completo	Nº de contactos con esquema vacunación incompleto	Nº de contactos que recibió vacunación
Otras						

EVOLUCIÓN

Alta: SI: NO:

Fallecimiento: SI: NO:

Secuelas: SI: NO:

Desconocida: SI: NO:

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

Resultado de laboratorio:.....

CLASIFICACIÓN FINAL DE CASO (Epidemiología, Clínica y Laboratorio)

CONFIRMADO

PROBABLE

DESCARTADO

ENVÍO DE RESULTADOS

Apellido y Nombre:..... Cargo:.....

Tel/email para envío de resultados:

Firma y sello profesional

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