



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15465/60.
Ficha Versión 2012

Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier sexo y edad que presente enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a dos días y sin otra causa aparente. Con o sin antecedente de vacuna específica, pancreatitis aguda, orquitis, ooforitis, sordera o meningoencefalitis.

Criterio de exclusión: formas traumática, litiásicas y recidivantes.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ H.C.: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____
 Ocupación: _____ Guardería/ escuela/ trabajo: _____

DATOS SOCIALES / ECONOMICOS / FAMILIARES

(En caso de notificaciones de menores, consignar los datos correspondientes al mayor a cargo. Aclarar quien)

Padre Madre Otro

INGRESO TOTAL FAMILIAR

NIVEL DE INSTRUCCION

Sabe leer y escribir Si No

Primaria completa Incompleta

Secundaria completa Incompleta

Univ./Terc. completa Incompleta

SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable Si No

Desocupado Si No

Recibe Plan Social Si No

Menos de \$ 1000

Entre \$ 1000 y \$ 2000

Entre \$ 2000 y \$ 3000

Más de \$ 3000

CONTEXTO FAMILIAR

Vive solo Si No

Hacinamiento Si No

(mas de 3 personas en una misma habitación)

PROVISION DE AGUA

De red Canilla Comunitaria

Vertiente Otro

DISPOSICION DE EXCRETAS

Cloaca Cielo abierto

Pozo ciego/Letrina

DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Fecha de consulta: ____/____/____

| Signos y Síntomas | Si | No | Tiempo de evolución | Comentario |
|---------------------------------|----|----|---------------------|---|
| Inflamación glándulas salivales | | | | Unilateral/bilateral Tipo de glándula: |
| Fiebre | | | | |
| Meningitis | | | | |
| Encefalitis | | | | |
| Orquitis/ooforitis | | | | |
| Pancreatitis | | | | |
| Sordera | | | | |
| Otros | | | | |

EVOLUCION

Internación: Si No Donde?: _____
 Recuperación: Si No Secuelas: Si No Tipo: _____ Fallecido: Si No Fecha ____/____/____

PAROTIDITIS INFECCIOSA

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Fuente probable de contagio: _____ Sospechoso Probable Confirmado
Recibió vacuna anti parotidosis?: Si No Fecha ultima dosis: ____/____/_____
Lote y laboratorio productor: _____ Número dosis previas: _____
Recibió simultáneamente otra vacuna?: Si No Cual?: _____
Antecedentes de enfermedades: Si No Cual?: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____
Establecimiento Notificante: _____
Tel.: _____ e-mail: _____ Localidad: _____
Fecha ____/____/20____
Firma y Sello Médico _____