

**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 DEL NOTIFICADOR**

Establecimiento al que pertenece el

Notificador:.....  
Localidad:..... Departamento:..... Provincia:.....  
Apellido y Nombre:.....  
Correo electrónico:.....  
Tel/FAX:..... Celular:.....

**DATOS DEL PACIENTE**

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

**DATOS CLÍNICOS**

Centro de Salud donde se atiende:.....  
Servicio:.....  
Domicilio:..... Teléfono:.....  
Fecha de consulta: ..... /..... /.....  
Fecha de inicio síntomas: ..... /..... /.....  
Indicar si se trata de paciente: Ambulatorio  Hospitalizado

**Descripción clínica:**

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

Otros síntomas (citar):.....  
Duración de la tos (en días): .....

**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  Hisopado   
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:.....  
Recuento de plaquetas:.....

**Envío de Resultados**

Apellido y Nombre:.....  
Cargo: .....  
tel/fax/email para envío de resultados:.....

**Resultado:**.....

**DATOS DE VACUNACION**

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: ...../...../.....

**Ultima dosis recibida:** Fecha...../...../.....

**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)? SI:  NO:

Cuál?

Dónde está ubicada?

**ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

	Nº de contactos	Nº de contactos con síntomas	Nº de contactos con ATB	Nº de contactos con esquema completo	Nº de contactos con esquema incompleto	Nº de dosis aplicadas
Contactos familiares						
Contactos escolares						
Contactos laborales						
Otros						

**EVOLUCIÓN**

Alta: SI:  NO:

Fallecimiento: SI:  NO:

Secuelas: SI:  NO:

Desconocida: SI:  NO:

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

**CLASIFICACIÓN DE CASO**

Confirmado

Probable

Descartado

Firma y sello Médico

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