



1- Fecha de Notificación de Parotiditis Infecciosa

1. Datos de filiación el enfermo

Apellido y Nombre:
Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Años:..... Meses (< de 2)
Sexo: **M** **F**
Domicilio:
Localidad:..... Provincia:.....
Ocupación:..... Centro de Estudios (Aula)/Trabajo:.....

2. Datos Clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:...../...../.....

3. Descripción Clínica

Signos y Síntomas	SI	NO
Inflación parotidas (>2 días)		
Fiebre		
Cefalea		
Mialgias		
Anorexia		
Malestar General		

Complicaciones	SI	NO
Meningitis		
Orquitis		
Pancreatitis		
Sordera		

Otras. Especificar:

Evolución:
Recuperación: NO SI Fallecimiento: NO SI Fecha: .../...../.....

Ingreso en Hospital:
Fecha de hospitalización: .../...../.....
Centro:
Servicios:



4. Datos de Laboratorio

Fecha de toma de Muestra:/...../.....

Muestras enviadas al Laboratorio: Saliva Orina Sangre

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

5. Datos Epidemiológicos

Tipo de Caso: Sospechoso Probable Confirmado

Fuente probable de contagio:

Nro. De alumnos: Aula:..... Colegio:.....

¿Ha recibido vacuna contra la parotiditis?

SI NO Tipo de vacuna:.....

Nro. Dosis recibidas: Fechas Aproximadas:

Lote:..... /...../.....

Lote:..... /...../.....

Última dosis recibida:..... Fechas Aproximadas:

Presenta Carnet de vacunación: NO SI

¿Ha recibido simultaneamente otra vacuna? NO SI

Especificar vacunas:.....

Antecedentes de Enfermedades:

Inmunodeficiencia congénita o adquirida

NO SI

Tratamiento Inmunodepresor reciente

NO SI

Mal Nutrición

NO SI

6. Datos del declarante

Fecha de notificación de caso:/...../.....

Médico que declara el caso:

Centro de trabajo:..... Municipio:.....

Provincia: Tel. de contacto:

Mail de contacto:.....

(Imprescindible para en envío de informes)

.....

Firma y aclaración
Médico notificante