

FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA COQUELUCHE

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

Descripción clínica (marcar con X la opción que corresponda):

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

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

Complicaciones:

Neumonía: SI: NO:
 Encefalopatía aguda: SI: NO:
 Otras(especificar):.....

Tratamiento:

Antibióticos NO: SI:
 Previo: NO: SI:
 Citar fármacos usados y duración:
 Actual: NO: SI:
 Citar fármacos usados y duración:

DATOS DE LABORATORIO

Tipo muestra:
 1- Aspirado Hisopado
 Fecha extracción de muestra: /...../.....

2- Suero
 Fecha de toma de primera muestra...../...../.....
 Fecha de toma de segunda muestra...../...../.....

Indicar Número de glóbulos blancos,número de linfocitos y plaquetas

DATOS DE VACUNACION

Ha recibido vacuna anti coqueluche? SI: NO:
 Tipo de vacuna:
 Número de dosis recibidas:.....
 Fechas de aplicación:
 1º/...../.....
 2º/...../.....
 3º/...../.....
 1er Refuerzo/...../.....
 2do Refuerzo/...../.....
 Refuerzo de los 11 años: /...../.....

Fecha de ultima dosis recibida:...../...../.....

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?

Asiste a alguna institución (escuela, jardín, club)?
 SI: NO:

Cuál?

Dónde está ubicada?

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Alta: SI: NO:
 Fallecimiento: SI: NO:
 Desconocida: SI: NO:
 Fecha:.../.../....

DATOS DEL NOTIFICADOR

Establecimiento al que pertenece el Notificador
 Localidad
 Departamento
 Provincia
 Apellido y Nombre:
 Correo electrónico
 Tel/FAX
 Celular

ENVIO DE RESULTADOS

Apellido y Nombre:.....

Cargo:

TE/FAX/EMAIL PARA ENVIO DE RESULTADOS:

