



ANEXO 1:

Formulario de Notificación, Investigación y Envío de Muestras de CASOS SOSPECHOSOS DE COQUELUCHE

Información del establecimiento que notifica:

Servicio de Salud:

Establecimiento:

Fecha de Notificación:

dia mes año

Fecha de 1ª consulta:

dia mes año

Fecha inicio tos:

dia mes año

Profesional que notifica:

Teléfono:

Datos personales del paciente:

RUT:

-

Nombres:

1º Apellido:

2º Apellido:

Sexo: M F

Fecha de nacimiento:

dia mes año

Edad:

Dirección:

Calle:

Nº

Comuna

Región

Nombre familiar responsable:

Teléfono:

Datos clínicos: Seleccione los signos y síntomas según el grupo etario del paciente.

Grupo etario	Menor de 6 meses	6 meses a 9 años	Mayor de 9 años	Información de la fase final de la enfermedad
Criterios exigidos	Tos Coriza Sin Fiebre o Febrículas	Tos igual o mayor a 7 días Paroxismos de tos Sin Fiebre o Febrículas	Tos igual o mayor a 14 días Paroxismos de tos Tos no productiva	¿Presenta tos posterior al tratamiento?
Uno o más criterios alternativos	Estridor inspiratorio Vómitos post tusivo Apnea Cianosis Paroxismo de tos	Estridor inspiratorio Vómitos post tusivo Apnea	Estridor inspiratorio Vómitos post tusivo Apnea Sudoración entre accesos tos Empeoramiento nocturno	Si No Duración de la tos: días

Complicaciones:

Ambulatorio

Hospitalizado

Fecha Hospitalización:

dia mes año

Fecha alta:

dia mes año

Neumonía

Neumonía confirmada por imagen

Requirió UTI/UCI

VMNI

Convulsiones

Encefalopatía

VMI

Uso droga vasoactiva

Fallecido

Si

No

Fecha defunción:

dia mes año

Uso Antibiótico

Si

No

Fecha inicio tto:

dia mes año

Antibiótico:

Laboratorio:

¿Hubo toma de muestra?

Si

No

Fecha de toma de muestra:

dia mes año

Profesional responsable envío de muestra

Fecha de envío de muestra:

dia mes año

Fono Laboratorio que envía la muestra

E-mail Laboratorio que envía la muestra

Laboratorio de derivación

Fecha de envío de muestra:

dia mes año

¿Existe coinfección?

Si

No

Agente:

Vacunación: (Idealmente revisar RNI o carnet de vacunación)

	Fecha de vacunación			Tipo de vacuna	Motivo rechazo de alguna dosis	Motivo rechazo a la vacunación
	dia	mes	año			
1ª Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
2ª Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
3ª Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
1º Refuerzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
2º Refuerzo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
8º Básico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Capullo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Información epidemiológica:

Fecha de investigación:

dia mes año

Registre a los contactos identificados:

Nº	Nombre	Edad	¿Contacto de riesgo? Sí/No	¿Recibe tratamiento? Sí/No
----	--------	------	-------------------------------	-------------------------------

Nº Total de contactos identificados:

¿El caso se relaciona con un brote? Si No

Nº Total de contactos de riesgo:

Nº Total de contactos tratados:

Nº Total de contactos de riesgo tratados:

Nº Total de contactos menores de 7 años con esquema incompleto

¿Existe una fuente de infección conocida?: Si No Posible fuente de infección:

Si el caso es un menor de 12 meses, especifique:

Peso al nacer	kgs.
Edad gestacional	semanas
Edad de la madre al nacer	años
Nº de residentes en el hogar	personas

Clasificación:

El caso fue clasificado como:

Código CIE-10:

Método de Laboratorio

Criterio de Clasificación:

Nº Registro ENO: