



FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE COQUELUCHE

DATOS DEL NOTIFICADOR					
Provincia: _____		Departamento: _____		Localidad: _____	
Establecimiento Notificante: _____				Fecha de Notificación: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Apellido y Nombre del Profesional: _____				Tel: _____	
IDENTIFICACION DEL PACIENTE					
Apellido y Nombre del Paciente: _____					
Fecha de Nac. ____ / ____ / ____		Edad: _____		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D.N.I.: _____	
Domicilio Actual: _____					
Referencia de ubicación domicilio: _____				Tel. propio/vecino: _____	
Localidad: _____		Urbano: <input type="checkbox"/>		Rural: <input type="checkbox"/>	
Departamento: _____			Provincia: _____		
DATOS CLINICOS					
Fecha de Consulta: ____ / ____ / ____		Fecha de inicio de los síntomas: ____ / ____ / ____			
Paciente: Ambulatorio: <input type="checkbox"/>		Internado: <input type="checkbox"/>			
Signos/Sintomas		COMPLICACIONES			
Tos		Neumonía : SI <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Tos paroxística		Encefalopatía: SI <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Estridor		Otras (Especificar): _____			
Apnea		TRATAMIENTOS			
Cianosis		Antibióticos si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>	
Vómitos		Previo SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
Síntomas catarrales		Citar farmacos usados y duración: _____			
		Actual si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>	
		Citar farmacos usados y duración: _____			
DATOS LABORATORIO					
TIPO DE MUESTRA		FECHA DE EXTRACCION DE MUESTRA		SUERO <input type="checkbox"/>	
ASPIRADO				Fecha de toma primera muestra ____ / ____ / ____	
HISOPADO				Fecha de toma segunda muestra ____ / ____ / ____	
*Indicar numero de glóbulos blancos, numero linfocitos y plaquetas _____					
DATOS DE VACUNACION					
Ha recibido vacuna anti coqueluche? Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
*Tipo de vacuna: _____			*Numero de dosis recibidas: _____		
		1º	2º	3º	1º REFUERZO
		2º REFUERZO	REFUERZO DE LOS 11 AÑOS		
Fechas de aplicacion _____					
FECHA DE ULTIMA DOSIS: ____ / ____ / ____		*Datos obligatorios			
DATOS EPIDEMIOLOGICOS					
Estuvo en contacto con alguna persona que presentaba sintomatología similar a la del caso tospersistente ?					
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Quien? _____		Donde reside? _____			
Asiste a alguna institucion? SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Cual? _____	
Donde esta ubicada? _____					
ALTA DEL PACIENTE					
ALTA: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
FALLECIMIENTO: SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
DESCONOCIDA SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>			
FECHA : ____ / ____ / ____					
FIRMA DEL PROFESIONAL					