



ANEXO 1

Formulario de Investigación y Notificación para
CASOS DE COQUELUCHE

Información del establecimiento que notifica:

Servicio de Salud: Establecimiento:
Fecha de Notificación: Fecha de 1ª consulta: Fecha inicio tos:
Profesional que notifica: Teléfono:

Datos personales del paciente:

RUT: Nombres: 1º Apellido: 2º Apellido:
Sexo: M F Fecha de nacimiento: 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: Fecha alta:
Neumonía Neumonía confirmada por imagen Requirió UTI/UCI VMNI
Convulsiones Encefalopatía VMI Uso droga vasoactiva
Fallecido Si No Fecha defunción:
Uso Antibiótico Si No Fecha inicio tto: Antibiótico:

Laboratorio:

¿Hubo toma de muestra? Si No Fecha de toma de muestra:
Profesional responsable envió de muestra Fecha de envío de muestra:
Fono Laboratorio que envía la muestra
E-mail Laboratorio que envía la muestra
Laboratorio de derivación Fecha de envío de muestra:
¿Existe coinfección? Si No Agente:

Vacunación: (Idealmente revisar RNI o carnet de vacunación)

	Fecha de vacunación					
	dia	mes	año	Tipo de vacuna	Motivo rechazo de alguna dosis	Motivo rechazo a la vacunación
1ª Dosis						
2ª Dosis						
3ª Dosis						
1º Refuerzo						
2º Refuerzo						
8º Básico						
Capullo						

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: