



**E.- COLECTIVOS A LOS QUE ACUDIÓ EL CASO DURANTE EL PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD**

**COLECTIVO 1**  Hogar  Escuela infantil  Colegio  Otro centro docente  C. de Salud  
 Hospital  Otro centro sanitario  Lugar de trabajo  C. Deportivos  
 Medio de transporte Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

---

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad  
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

Número de contactos: \_\_\_\_ Número de mujeres embarazadas: \_\_\_\_  
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo:  Sí  No  
Número de casos secundarios: \_\_\_\_ Número de casos secundarios en embarazadas: \_\_\_\_

**COLECTIVO 2**  Hogar  Escuela infantil  Colegio  Otro centro docente  C. de Salud  
 Hospital  Otro centro sanitario  Lugar de trabajo  C. Deportivos  
 Medio de transporte Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

---

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad  
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

Número de contactos: \_\_\_\_ Número de mujeres embarazadas: \_\_\_\_  
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo:  Sí  No  
Número de casos secundarios: \_\_\_\_ Número de casos secundarios en embarazadas: \_\_\_\_

**COLECTIVO 3**  Hogar  Escuela infantil  Colegio  Otro centro docente  C. de Salud  
 Hospital  Otro centro sanitario  Lugar de trabajo  C. Deportivos  
 Medio de transporte Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_

Lugar de la posible transmisión a contactos susceptibles (aula, autobús, consulta, urgencias, etc)

---

Días de asistencia al colectivo en el período de infectividad  
(7 días antes y 7 después de la aparición del exantema): del \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_

Número de contactos: \_\_\_\_ Número de mujeres embarazadas: \_\_\_\_  
En los 23 días de seguimiento, ¿han aparecido casos en el colectivo:  Sí  No  
Número de casos secundarios: \_\_\_\_ Número de casos secundarios en embarazadas: \_\_\_\_



**F. INTERVENCIÓN**

**F1. SOBRE EL COLECTIVO**

Sí: <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___			
Tipo de Intervención:	Vacuna <input type="checkbox"/>	IG: <input type="checkbox"/>	Información: <input type="checkbox"/>	
Nº total contactos: _____	Niños vacunados correctamente: _____			
	Niños vacunados incorrectamente: _____			
	Niños no vacunados: _____			
Se recomendó vacuna en: _____	Se vacunaron: _____	Causas no vacunación: _____		
Se recomendó IG en: _____	Se dio IG en: _____	Causas no IG: _____		
Personas que acreditan seroprotección _____				

**F2. SOBRE EL COLECTIVO**

Sí: <input type="checkbox"/>	Fecha: ___/___/___			
Tipo de Intervención:	Vacuna <input type="checkbox"/>	IG: <input type="checkbox"/>	Información: <input type="checkbox"/>	
Nº total contactos: _____	Niños vacunados correctamente: _____			
	Niños vacunados incorrectamente: _____			
	Niños no vacunados: _____			
Se recomendó vacuna en: _____	Se vacunaron: _____	Causas no vacunación: _____		
Se recomendó IG en: _____	Se dio IG en: _____	Causas no IG: _____		

**F3. RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN (F1+F2)**

Nº TOTAL EXPUESTOS: _____	Nº TOTAL CASOS: _____		
Vacunados: _____	Con 1ª dosis: _____	Vacunados: _____	Con 1ª dosis: _____
	Con 2ª dosis: _____		Con 2ª dosis: _____
No vacunados: _____	No vacunados: _____	No vacunados: _____	No vacunados: _____
	correctamente	correctamente	
Personas que acreditan seroprotección _____			

**G.- DATOS DE LABORATORIO**

Tipo Muestra/determinación	Fecha Toma	Fecha Recepción	Laboratorio (LNR/no LNR)	Resultado	Fecha Resultado
Suero 1 (IgM)					
Suero1 (Aidez IgG)					
Suero 1 (IgG)					
Suero 2 (IgG)					
Ex. faríngeo (RT-PCR)					

Genotipado: No  Sí  Genotipo identificado: \_\_\_\_\_

En caso de ser negativo a Rubéola:

Sarampión  Parvovirus B19  Herpes Virus 6  Adenovirus  Enterovirus  
 Otro  No identificado Fecha resultado: \_\_/\_\_/\_\_

**H.- CLASIFICACIÓN DEL CASO**

1.- SEGÚN GRADO DE CERTEZA DIAGNÓSTICO:

Sospechoso:  Probable:  Confirmado:  Vacunal:  Descartado:  En investigación:   
 Criterio de clasificación: Clínico:  Epidemiológico:  De laboratorio:

2.- SEGÚN SU ORIGEN:

Autóctono:  Importado:  Relacionado con un caso importado:   
 Perteneciente a otra CCAA:  Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_

**I.- DATOS DE LA NOTIFICACIÓN**

CIAS: \_\_\_\_\_ Notificador: \_\_\_\_\_  
 Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ DAS: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PERSONA QUE REALIZA EL CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_