

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
 Domicilio: Nº: Piso: Teléfono:
 Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / Edad: Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Signos/Síntomas	Si	No	NS/NC
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución plaquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Púrpura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esplenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Congénita Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retinopatía pigmentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcefalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras anomalías: Especificar

Nació prematuro: Si No
 Edad al diagnóstico del SRC: Años Meses Días
 Fecha de diagnóstico: / /
 Defunción: No Si Fecha de muerte: / / Causa:
 Tipo de caso: Posible Compatible Confirmado

Historia materna

Ocupación: Edad al parto: Nº nacidos vivos anteriores:
 ¿Recibió asistencia médica durante este embarazo? No Si NC
 ¿Durante este embarazo ha tenido enfermedad semejante a la rubéola? No Si NS/NC
 ¿en qué mes de embarazo?
 Signos clínicos de la enfermedad:
 Fuente de exposición:
 ¿Ha recibido vacuna de rubéola? No Si Fecha / / NC
 Se realizó test serológico de rubéola antes del embarazo o antes de la exposición:
 No Si Fecha / / NS/NC

Datos de laboratorio

Madre	Niño	Tipo muestra	Fecha	Tipo test	Resultado	Laboratorio

Datos del notificador

Nombre:
 Centro de Trabajo:
 Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración / /