



**FORMATO DE ENTREVISTA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO
DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA (COD 730 Y 710)**

1. DATOS GENERALES DEL CASO SOSPECHOSO

Fecha de entrevista: _____
Fecha de visita domiciliaria: _____
Nombres y apellidos del caso: _____ Edad: _____
Documento de identificación: _____ Sexo: 1. Hombre ____ 2. Mujer ____
Aseguradora (EAPB): _____ Pertenencia étnica: _____
Municipio de residencia: _____ Área de residencia: _____
Barrio/Corregimiento/Vereda: _____
Dirección de residencia: _____
Ocupación del paciente (caso): _____
Nacionalidad: _____
Dirección del trabajo o colegio: _____
Nombre informante o quien atiende la visita: _____
Parentesco: _____ Teléfono de contacto 1: _____ Teléfono de contacto 2: _____

2. INFORMACIÓN CLÍNICA DEL CASO SOSPECHOSO (dejar registro fotográfico del exantema para documentación clínica)

Síntomas/Signos	Si	No	Desconocido	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Observaciones
Fiebre						
Erupción/Rash/Brote						
Manchas de Koplik						
Tos						
Coriza/Rinorrea						
Conjuntivitis						
Adenopatías						
Artralgias						

Otro: _____ Cuál: _____

Tipo de erupción: 1. Máculo papular ____ 2. Vesicular ____ 3. Otro ____ 4. Desconocido ____

Distribución del exantema:

Cara: _____ Espalda: _____
Cuello: _____ Brazos y/o antebrazos: _____
Detrás de las orejas: _____ Piernas: _____
Pecho: _____ Planta de los pies: _____
Abdomen: _____ Palma de las manos: _____
Antecedente de Kawasaki: No: ____ Si: ____ Fecha de administración de inmunoglobulinas: día ____ mes ____ año ____

3. MANEJO CLÍNICO

Fecha de consulta: _____ ¿Fue hospitalizado? Si: ____ No: ____ Fecha de hospitalización: _____
Servicio en el que se hospitaliza: 1. Hospitalización ____ 2. UCI ____ 3. Otro ____
Observación de urgencias _____
Aislamiento respiratorio: Si ____ No ____ Desde: _____ Hasta: _____
Consultó previamente en otras instituciones: Si ____ No ____ En caso de ser afirmativo indique: _____

Nombre de institución de salud	Fecha de consulta	Fecha de hospitalización

¿Complicaciones? Si ____ No ____ ¿Cuál complicación? 1. Diarrea ____ 2. Otitis media aguda ____ 3. Neumonía ____ 4. Encefalitis ____ 5. Otra (s) ____
5.1 Cuál (es): _____

4. HISTORIA VACUNAL PARA SARAMPIÓN/RUBÉOLA (anexar el carné de vacunación como soporte)

Dosis	Tipo de vacuna	Fecha administración de la vacuna	Esquema de vacunación
Dosis cero (0) (6 a 11 meses)			1. Completo ____
Primera dosis			2. Incompleto ____
Segunda dosis			3. No vacunado ____
Dosis adicional			4. Desconocido ____

Tipo de vacuna: 1. Antisarampión 2. Sarampión/Rubéola SR (doble viral) 3. Sarampión/Rubéola /Paperas SRP (triple viral)

5. INVESTIGACIÓN POSIBLE FUENTE DE CONTAGIO (diligenciar libro de línea de tiempo de sarampión o rubéola)		
Periodo de incubación/exposición	Desde:	Hasta:
Registrar la fecha en día/mes/año	Registrar de manera cronológica la historia de las actividades realizadas por el caso sospechoso sarampión (21 días previos a la erupción/exantema) y rubéola (23 días previos a la erupción/exantema). No olvidar registrar los lugares donde estuvo en ese tiempo.	
Día: 1 Fecha:		
Día: 2 Fecha:		
Día: 3 Fecha:		
Día: 4 Fecha:		
Día: 5 Fecha:		
Día: 6 Fecha:		
Día: 7 Fecha:		
Día: 8 Fecha:		
Día: 9 Fecha:		
Día: 10 Fecha:		
Día: 11 Fecha:		
Día: 12 Fecha:		
Día: 13 Fecha:		
Día: 14 Fecha:		
Día: 15 Fecha:		
Día: 16 Fecha:		
Día: 17 Fecha:		
Día: 18 Fecha:		
Día: 19 Fecha:		
Día: 20 Fecha:		
Día: 21 Fecha:		
Día: 22 Fecha:		
Día: 23 Fecha:		
¿Estuvo expuesto a otro caso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio?	Si ☐ No ☐ Desconocido ☐	¿Tuvo contacto con una gestante? Si ☐ No ☐ Desconocido ☐ En caso afirmativo. Nombre: _____ Teléfono de contacto: _____
6. IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS (diligenciar libro formatos censo y seguimiento de contactos)		
Periodo de aparición de casos secundarios	Desde:	Hasta:
Se han presentado más casos en el hogar Si ☐ No ☐ Desconocido ☐	Hay otros casos en el trabajo o la escuela. Si ☐ No ☐ Desconocido ☐	¿Se han presentado otros casos similares en el vecindario, barrio o vereda? Si ☐ No ☐ Desconocido ☐
¿Comparte actividades con un grupo social? Si ☐ ¿Cuál (es)? _____ No ☐ Desconocido ☐	Hay otros casos en estos grupos sociales Si ☐ No ☐ Desconocido ☐	Medio de transporte que usa: _____
Fecha final de seguimiento a los contactos: _____		

7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA ENTREVISTA

Nombre(s) de quien (es) realiza (n) la entrevista: _____
 Profesión y cargo: _____
 Institución que realiza la visita: _____

8. MEDIDAS DE RESPUESTA (diligenciar libro informe BAC, BAI y MRV)																																									
Periodo de transmisibilidad		Desde:			Hasta:																																				
¿Hubo búsqueda activa comunitaria de casos?	Si ____ No ____ Desconocido ____	Registrar el número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa comunitaria ____ Fecha: ____																																							
Instituciones comunitarias visitadas	Centros de desarrollo infantil (CDI) y hogares comunitarios: Si ____ No ____ Cuantos: ____ Nombre: ____				Número de Instituciones educativas (escuelas, colegios): Si ____ No ____ Cuantos: ____ Nombre: ____																																				
	Número de iglesias o templos utilizados como puntos de encuentro comunitario: Si ____ No ____ Cuantos: ____				Albergues o centros de atención a población vulnerable: Si ____ No ____ Cuantos: ____																																				
¿Se realizó búsqueda activa institucional?	Si ____ No ____ Desconocido ____	Registrar el número de casos sospechosos encontrados durante la búsqueda activa institucional ____ En caso de ser afirmativo, ya se encuentran notificados al Sivigila: Si ____ No: ____																																							
¿Se realizó monitoreo rápido de vacunación SR?	Si ____ No ____ Desconocido ____	Porcentaje de SRP1 encontrado ____ %			Porcentaje de SRP2 encontrado: ____ %																																				
¿Se realizó vacunación de bloqueo?	Si ____ No ____ Desconocido ____	Fecha: ____	Dosis administradas: ____		SR: ____	SRP: ____																																			
9. ESTUDIOS POR LABORATORIO (muestras y resultados)																																									
Tipo de muestra	Fecha de toma de muestra	Laboratorio que procesa	Fecha de envío al Laboratorio (LDSP)	Fecha de recepción	Tipo de prueba (1)	Resultado sarampión (2)	Resultado rubéola (2)	Fecha del resultado																																	
Suero																																									
Hisopado faríngeo																																									
Hisopado nasofaríngeo																																									
Orina																																									
1. Tipo de prueba: 2. IgM, 3. IgG, 4. PCR, 73. Elisa, E1. Aislamiento viral, B5. Pruebas Genotípicas 2. Resultado: 1. Positivo 2. Negativo 3. Dudoso/indeterminado 4. Inadecuado 5. No procesado																																									
Se hicieron pruebas de diagnósticos diferenciales: Si: ____ No: ____																																									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Diferenciales</th> <th>Fecha de obtención de muestra</th> <th>Fecha del resultado</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Citomegalovirus CMV</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Parvovirus B19</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dengue</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Herpes 1 y 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Herpes 6,6 (Roséola)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Chikungunya</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Zika</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Diferenciales	Fecha de obtención de muestra	Fecha del resultado	Resultado	Citomegalovirus CMV				Parvovirus B19				Dengue				Herpes 1 y 2				Herpes 6,6 (Roséola)				Chikungunya				Zika									
Diferenciales	Fecha de obtención de muestra	Fecha del resultado	Resultado																																						
Citomegalovirus CMV																																									
Parvovirus B19																																									
Dengue																																									
Herpes 1 y 2																																									
Herpes 6,6 (Roséola)																																									
Chikungunya																																									
Zika																																									
Genotipificación: ____																																									
710 Rubéola: 1, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c			730 Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2																																						
10. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO																																									
Clasificación final: 1. Sarampión ____ 2. Rubéola ____ 3. Descartado ____	Criterio de confirmación: 1. Laboratorio ____ 2. Nexo epidemiológico ____ 3. Clínica ____		Criterio de descartar: 1. IgM Negativo sarampión o rubéola ____ 2. Respuesta serológica a la vacuna (asociado a la vacunación) ____ 3. Dengue ____ 4. Parvovirus B19 ____ 5. Herpesvirus humano 6 ____ 6. Reacción alérgica ____ 9. Otro ____ ¿Cuál? ____																																						
Fuente de infección para caso confirmado	1. Importado 2. Relacionado con importación 3. Fuente desconocida 4. Endémico (Autóctono)		Si es importado o relacionado a importación:		País de importación: ____																																				
¿Fuente de contagio?	1. Contacto en casa ____ 4. Viaje internacional ____		2. Comunidad ____ 5. Desconocido ____		3. Hospital/Clínica/Centro de Salud ____ 6. Otro ____ ¿Cuál? ____																																				
¿Contacto de otro caso confirmado?	1. Si ____ 2. No ____ 3. Desconocido ____		Registre los datos de identificación del caso con el cual tuvo contacto o nexa epidemiológico: Número de documento del caso: ____ Nombre del caso: ____																																						
Se da cierre por criterio clínico, epidemiológico y del laboratorio: Fecha: ____																																									

  INSTRUCTIVO FORMATO DE ENTREVISTA E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DE CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA (COD 730 Y 710)			
VARIABLE	DESCRIPCION DE LA VARIABLE	CATEGORIAS	TIPO DE FORMATO
Fecha de entrevista	Registre la fecha en la que realiza la entrevista al caso sospechoso o acudiente (informante).	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
Fecha de visita domiciliaria	Registre la fecha en la que realiza la visita domiciliaria	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
Nombres y apellidos del caso	Registre los nombres y apellidos completos del caso sospechoso reportado.	Nombre 1, nombre 2, apellido 1, apellido 2	Texto
Edad	Registre en número, la edad en años cumplidos del caso sospechoso reportado, si es menor de un año, escriba el número de los meses cumplidos. (XX años o meses)	XX, Años / meses	Texto, numérico
Documento de identificación	Registre el tipo y el número de identificación del caso, exactamente como aparece en el documento oficial presentado o reportado (por ejemplo: RC.1234567)	RC = Registro civil TI = Tarjeta identidad CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula extranjera PA = Pasaporte MS = Menor sin identificación AS = Adulto sin identificación CD = Carné diplomático SC = Salvoconducto de permanencia PE = Permiso especial PT = Permiso de protección temporal SI = Sin identificación DE = Documento extranjero CN= Certificado nacido vivo	Texto, numérico
Sexo: 1. Hombre___ 2. Mujer___	Registre con una 'X', el sexo del caso reportado, según documento de identificación oficial.	1. Hombre 2. Mujer	Texto
Aseguradora (EAPB)	Registre el nombre de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) a la que pertenece el caso reportado.		Texto
Pertenencia étnica	Registre si la persona se identifica como: Indígena ROM (gitano) Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia Palenquero de San Basilio Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente Ninguna de las anteriores	Indígena (cuando la persona pertenece a una comunidad indígena, escriba el pueblo o comunidad a la que pertenece) ROM (gitano) Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia Palenquero de San Basilio Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente Ninguna de las anteriores	Texto
Municipio de residencia	Registre el municipio de residencia habitual del caso reportado (donde vive el caso).		Texto
Barrio/Corregimiento/Vereda	Registre el nombre del barrio, corregimiento o vereda en la que reside habitualmente el caso reportado (donde vive).		Texto
Dirección de residencia	Registre la dirección de residencia del caso reportado. Se sugiere tener en cuenta el manual de nomenclatura.	Calle=CL Diagonal=DG Carrera=KR Traversal=TV Puede estar acompañado con SUR, NORTE, ESTE, OESTE	Texto
Ocupación del paciente (caso)	Registre la ocupación, oficio o actividad económica a la que se dedica el caso reportado.		Texto
Nacionalidad	Registre el nombre del país donde tiene registrada la nacionalidad.		Texto
Dirección del trabajo o colegio	Registre la dirección del trabajo o colegio del caso reportado. Se sugiere tener en cuenta el manual de nomenclatura.	Calle=CL Diagonal=DG Carrera=KR Traversal=TV Puede estar acompañado con SUR, NORTE, ESTE, OESTE	Texto
Nombre informante o quien atiende la visita	Registre el nombre de la persona que esta brindando la información.		Texto
Parentesco	Registre el parentesco (padre, madre, hermano, tío, abuelo, cuidador, entre otros).		Texto
Teléfono de contacto 1 - 2	Registre el número de teléfono fijo/celular donde se pueda tener contacto telefónico efectivo.		Numérico

2. INFORMACIÓN CLÍNICA DEL CASO SOSPECHOSO (dejar registro fotográfico del exantema para documentación clínica)

Síntomas:

Fiebre: aumento de la temperatura corporal por encima de lo normal, generalmente mayor a 38 °C.

Erupción/Rash/Brote: alteración visible de la piel que puede manifestarse como manchas, puntos, granos o áreas enrojecidas. Puede ser plana o elevada y aparecer de forma localizada o generalizada. En enfermedades como el sarampión, la erupción suele ser maculopapular (lesiones planas (máculas) y elevadas (pápulas), iniciando en la cara y extendiéndose de manera generalizada al resto del cuerpo.

Manchas Koplik: lesiones en la mucosa oral que se caracterizan por pequeños puntos blanco-grisáceos, de aspecto similar a granos de sal, rodeados por un base eritematosa. Se observan principalmente en la mucosa bucal, a la altura de los molares inferiores o superiores. Aparecen 1 a 2 días antes del exantema maculopapular y pueden persistir hasta 1 a 2 días después de su inicio.

Tos: reflejo natural del cuerpo que permite limpiar las vías respiratorias de secreciones, partículas o agentes irritantes. Puede ser seca o con flema.

Coriza/Rinorrea: se refiere a la salida de secreciones por la nariz.

Conjuntivitis: inflamación de la conjuntiva, que es la membrana que cubre la parte blanca del ojo y el interior de los párpados. Se manifiesta con ojos rojos, lagrimeo, picazón, sensación de arenilla y en algunos casos, secreción.

Adenopatías: aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Se pueden palpar como "bolitas" en el cuello, detrás de las orejas, axilas o ingles.

Artralgias: son dolores en las articulaciones, como rodillas, muñecas, codos o tobillos. No siempre se acompañan de inflamación visible.

Sí/ No/Desconocido	Marque con una X la opción correspondiente. Sí: cuando se observa o hay evidencia de la presencia del signo o síntoma del caso reportado al momento de la visita. No: cuando no se observa o no hay evidencia de la presencia del signo o síntoma del caso reportado al momento de la visita. Desconocido: cuando durante la visita, el caso o el informante refiere que el signo o síntoma estuvo presente previamente, pero ya no se evidencia al momento de la visita.	Marcar con X	Texto
Fecha de inicio	Registre la fecha en la que el caso presentó por primera vez el signo o síntoma relacionado con el evento	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
Fecha de finalización	Registre la fecha en la que el caso dejó de presentar el signo o síntoma relacionado.	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
Observaciones	Describa cualquier hallazgo adicional identificado.	Texto libre	Texto
Otro: Cuál:	Registre cualquier otro signo, síntoma o situación clínica que no cuente con una variable específica en el instrumento, pero que aporte información relevante para la evaluación, clasificación, seguimiento y análisis del caso.	Texto libre	Texto
Tipo de erupción	Marque con una X la opción que corresponda, de acuerdo con la evaluación directa realizada al momento de la visita o con la información clínica confiable disponible en la historia del caso. La clasificación debe basarse en las características morfológicas predominantes de las lesiones cutáneas observadas. En caso de no contar con información suficiente para su determinación, seleccione la opción "Desconocido". Máculo papular: máculas (manchas planas, no palpables, con cambio de coloración de la piel) y pápulas (lesiones sólidas, elevadas y pequeñas), generalmente de distribución cefalocaudal. Vesicular: lesión cutánea elevada que contiene líquido claro en su interior, formando pequeñas ampollas. Otro: lesión cutánea observada que no corresponde a las categorías descritas anteriormente. Especifique el tipo de lesión identificado (por ejemplo: pustular, costrosa, entre otras).	1. Máculo papular ____ 2. Vesicular ____ 3. Otro ____ 4. Desconocido ____	Texto (X)
Distribución del exantema	Marque con una X las zonas anatómicas comprometidas.	Cara Cuello Detrás de las orejas Pecho Abdomen Espalda Brazos y/o antebrazos Piernas Planta de los pies Palmas de las manos	Texto (X)
Antecedente de enfermedad de Kawasaki	Marque con una X la opción correspondiente, según lo referido por el caso/informante o lo documentado en la historia clínica.	No: _____ Sí: _____	Texto (X)
Fecha de administración de inmunoglobulinas:	Registre la fecha en la que se administró la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) al caso, conforme a la información consignada en la historia clínica o referida por el caso/informante. Diligencie el dato en formato día / mes / año.	Fecha de administración de inmunoglobulinas: día __mes__ año__	Fecha

3. MANEJO CLÍNICO

Fecha de consulta:	Registre la fecha en la que el caso acudió por primera vez a consulta en el servicio de salud por el evento o cuando presentó signos y síntomas compatibles con sarampión/rubéola.	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
¿Fue hospitalizado?	Marque con una X la opción correspondiente, de acuerdo con la información disponible en la historia clínica o referida por el caso/informante.	Si: _____ No: _____	Texto (X)
Fecha de hospitalización:	Registre la fecha de hospitalización. En caso de hospitalizaciones múltiples, registre la primera fecha de ingreso relacionada con el evento en estudio.	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
Servicio en el que se hospitaliza:	Marque con una X la opción que corresponda al servicio asistencial o unidad clínica en la que fue atendido el caso durante la hospitalización inicial, de acuerdo con la información consignada en la historia clínica.	1. Hospitalización _____ 2. UCI _____ 3. Otro _____	Texto (X)
Observación de urgencias	Marque con una X si el paciente presentó estancia en urgencias igual o inferior a 6 horas.	Observación de urgencias _____	Texto (X)
Aislamiento respiratorio:	Indique si el caso recibió medidas de aislamiento respiratorio, de acuerdo con la información consignada en la historia clínica. Marque con una X la opción correspondiente: SI / NO En caso afirmativo, registre el período durante el cual se implementó el aislamiento respiratorio Desde (fecha de inicio): día / mes / año Hasta (fecha de finalización): día / mes / año	Si: _____ No: _____ Desde: _____ Hasta: _____	Texto (X) Fecha
Consultó previamente en otras instituciones:	Indique si el caso consultó previamente en una o más instituciones de salud diferentes a la institución actual, por el mismo evento o por signos y síntomas relacionados con el motivo de notificación. Marque con una X la opción correspondiente: SI/NO. En caso afirmativo, especifique el nombre de la(s) institución(es) donde realizó la consulta previa	Si: _____ No: _____ En caso de ser afirmativo indique: _____	Texto (X) Texto libre
Nombre de institución de salud (cuadro)	Consigne el nombre completo de la institución de salud y las fechas de consulta y hospitalización, según corresponda, de acuerdo con la información consignada en la historia clínica o referida por el caso/informante.	Fecha de consulta: día / mes / año Fecha de hospitalización: día / mes / año	Texto (X) Fecha
¿Complicaciones?	Marque con una X (Si /No), si el caso desarrolló alguna complicación clínica asociada al evento (sarampión/rubéola) durante el curso de la enfermedad.	Si _____ No _____ En caso afirmativo, marque con una X la(s) complicación(es) presentada(s) en el listado. - Puede marcar más de una opción si el caso presentó múltiples complicaciones o agregar adicionales a la lista. 1. Diarrea _____ 2. Otitis media aguda _____ 3. Neumonía _____ 4. Encefalitis _____ 5. Otra (s) _____ 5.1Cuál (es): _____	Texto (X)

4. HISTORIA VACUNAL PARA SARAMPIÓN/RUBÉOLA (anexar el carné de vacunación como soporte)

Registre la información correspondiente a las dosis de vacuna contra sarampión y rubéola recibidas del caso, según lo consignado en el carné de vacunación.
Consigne para cada dosis el tipo de vacuna y la fecha de administración, en formato día / mes / año.

Tipo de vacuna	Registre el tipo de vacuna administrada en cada dosis, según corresponda.	1. Antisarampión 2. Sarampión/Rubéola (SR – doble viral) 3. Sarampión/Rubéola/Paperas (SRP – triple viral)	Texto
Esquema de vacunación	De acuerdo con la información registrada, clasifique el esquema de vacunación del caso. Marque con una X la opción correspondiente. Nota: La clasificación del esquema debe realizarse teniendo en cuenta la edad del caso y el esquema nacional vigente al momento de la vacunación.	1. Completo 2. Incompleto 3. No vacunado 4. Desconocido	Texto (X)

5. INVESTIGACIÓN POSIBLE FUENTE DE CONTAGIO (diligenciar libro de línea de tiempo de sarampión o rubéola)			
Registrar la fecha en día/mes/año	Registre de manera cronológica la historia de las actividades realizadas por el caso sospechoso sarampión (21 días previos a la erupción/exantema) y rubéola (23 días previos a la erupción/exantema). No olvidar registrar los lugares donde estuvo en ese tiempo.	Desde Hasta	Texto (X) Formato día / mes / año
Documento de manera cronológica y detallada la historia de las actividades realizadas por el caso sospechoso, dentro del período de incubación correspondiente: -Sarampión: registre las actividades realizadas durante los 21 días previos a la aparición de la erupción (exantema). -Rubéola: registre las actividades realizadas durante los 23 días previos a la aparición de la erupción (exantema). El registro debe iniciar desde el día 1 hasta el día 21 o 23, según corresponda, e incluir de forma obligatoria: Lugares visitados (domicilio, instituciones educativas, sitio de trabajo, servicios de salud, eventos sociales, transporte, entre otros). Fechas específicas de permanencia en cada lugar. Nota: esta información es fundamental para la identificar la posible fuente de contagio, la detección de contactos, la delimitación de cadenas de transmisión y la implementación de medidas de control y prevención en salud pública.			
¿Estuvo expuesto a otro caso de sarampión o rubéola confirmado por laboratorio?	Marque con una X la opción correspondiente, de acuerdo con la información obtenida durante la visita, la historia clínica y lo referido por el caso/informante.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
¿Tuvo contacto con una gestante? En caso afirmativo. Nombre: Teléfono de contacto:	Marque con una X la opción correspondiente, de acuerdo con la información obtenida durante la visita o lo referido por el caso/informante. En caso afirmativo, registre el nombre y telefono de contacto.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
6. IDENTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS (diligenciar libro formatos censo y seguimiento de contactos)			
Periodo de aparición de casos secundarios	Identifique los contactos del caso durante los cuatro días previos y los cuatro días posteriores al inicio del exantema. Registre la fecha correspondiente al periodo de aparición de casos secundarios, generalmente ubicado entre 7 y 21 días después de la exposición al caso primario.	Desde Hasta	Texto (X) Formato día / mes / año
Se han presentado más casos en el hogar	Indique si se han identificado otros casos con signos o síntomas similares en el hogar del caso.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
Hay otros casos en el trabajo o la escuela	Indique si se han identificado casos similares en el trabajo, escuela, colegio u otra institución frecuentada por el caso.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
¿Se han presentado otros casos similares en el vecindario, barrio o vereda?	Indique si se han identificado otras personas con signos o síntomas similares dentro del entorno comunitario inmediato del caso, incluyendo el barrio, vereda o área de residencia cercana.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
¿Comparte actividades con un grupo social?	Indique si el caso comparte de manera regular u ocasional actividades con uno o más grupos sociales organizados o informales (por ejemplo: grupos religiosos, deportivos, culturales, recreativos, comunitarios, reuniones familiares frecuentes, organizaciones sociales, trabajo en equipo, clases extracurriculares, juntas de acción comunal, entre otros).	Sí ____ ¿Cuál (es)? _____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
Hay otros casos en estos grupos sociales	Indique si se han identificado otros casos con signos o síntomas similares en algunos de estos grupos sociales.	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
Medio de transporte que usa:	Registre los medios de transporte utilizados por el caso durante el período de transmisibilidad (por ejemplo: transporte público, vehículo particular, motocicleta, a pie, otro).	Sí ____ No ____ Desconocido ____	Texto (X)
Fecha final de seguimiento a los contactos:	Registre la fecha de finalización del seguimiento epidemiológico de los contactos se registrará transcurridos 30 días posteriores al último día de exposición o contacto identificado.	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha
7. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA ENTREVISTA			
Registre de manera detallada, clara y cronológica, la información relatada por el caso o acudiente en sus propias palabras (evitando sesgos del entrevistador)			
8. MEDIDAS DE RESPUESTA (diligenciar libro informe BAC, BAI y MRV)			
La entidad territorial departamental/distrital es responsable de asegurar la completitud y calidad del registro correspondiente a los ítems 8, 9 y 10 del presente documento.			
Periodo de transmisibilidad	Registre la fecha del periodo de transmisibilidad: Desde: 4 días antes de la aparición del exantema Hasta: 4 días después de su inicio.	Desde Hasta	Texto (X) Formato día / mes / año

¿Hubo búsqueda activa comunitaria de casos?	Marque con una X la opción correspondiente Indique si se realizó la búsqueda activa comunitaria con el fin de identificar casos sospechosos adicionales relacionados con el evento, de acuerdo con los lineamientos de vigilancia epidemiológica.	Sí ____ No ____ Desconocido ____ Si la respuesta es "Sí" Registre el total de casos sospechosos detectados mediante la búsqueda activa comunitaria realizada en el territorio. _____ casos Registre la fecha en la que se llevó a cabo la actividad. En formato Día ____ / Mes ____ / Año ____	Texto (X) Formato día / mes / año
Instituciones comunitarias visitadas	Marque con una X la opción correspondiente: Registre la información correspondiente a las instituciones comunitarias visitadas durante las actividades de búsqueda activa comunitaria. Si la respuesta es "Sí", consigne el número de instituciones y sus nombres, cuando aplique. Información de las siguientes instituciones comunitarias: 1. Centros de desarrollo infantil (CDI) y hogares comunitarios 2. Iglesias, templos u otros lugares de culto 3. Instituciones educativas (escuelas, colegios) 4. Albergues o centros de atención a población vulnerable (ejemplo: población migrante, personas en situación de calle, hogares de paso)	Sí ____ No ____ Si la respuesta es "Sí", consigne Cuantos: ____ Nombre: ____	Texto (X)
¿ Se realizó búsqueda activa institucional?	Marque con una X la opción correspondiente Indique si se llevó a cabo búsqueda activa institucional.	Sí ____ No ____ Desconocido ____ Si la respuesta es "Sí", consigne Registrar el número de casos sospechosos encontrados durante la búsqueda activa institucional ____ En caso de ser afirmativo, ya se encuentran notificados al Sivigila: Si ____ No: ____	Texto (X)
¿Se realizó monitoreo rápido de vacunación SR?	Registre si se efectuó el Monitoreo Rápido de Vacunación (MRV) para vacunas que incluyen componente sarampión/rubéola (SR o SRP). Si la respuesta es "Sí", registre los porcentajes tal como fueron reportados MRV. - Registre el porcentaje (%) de población evaluada en el MRV que cuenta con primera dosis de SRP (SRP1) - Registre el porcentaje (%) de población evaluada en el MRV que cuenta con segunda dosis de SRP (SRP2)	Sí ____ No ____ Desconocido ____ Si la respuesta es "Sí", consigne Porcentaje de SRP1 encontrado: ____ % Porcentaje de SRP2 encontrado: ____ %	Texto (X)
¿Se realizó vacunación de bloqueo?	Indique si se implementó vacunación de bloqueo como medida de respuesta en salud pública.	Sí ____ No ____ Desconocido ____ Si la respuesta es "Sí", consigne Fecha: ____ (formato día / mes / año) Dosis administradas: ____ SR: ____ SRP: ____	Texto (X) Fecha formato día / mes / año
9. ESTUDIOS POR LABORATORIO (muestras y resultados)			
Diligencie la información correspondiente a las muestras biológicas obtenidas y los resultados de laboratorio disponibles, de acuerdo con el protocolo de vigilancia para sarampión y rubéola. Registre todas las muestras obtenidas, aun cuando no se cuente con resultados al momento del diligenciamiento. En caso de resultados pendientes, actualice el formato una vez se disponga de los resultados. La información consignada en este apartado es fundamental para la clasificación del caso, la confirmación por laboratorio y la caracterización virológica. Registre las fechas en formato día / mes / año y consigne los datos según los soportes emitidos por el Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP), Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) u otro laboratorio autorizado.			

(1) Tipo de prueba	Registre el tipo de prueba de laboratorio realizada para cada muestra biológica, de acuerdo con la información emitida por el (LDSP) o el LNR, conforme a los protocolos vigentes para la vigilancia de sarampión y rubéola. - IgM: prueba serológica para la detección de anticuerpos IgM específicos contra sarampión o rubéola. Se realiza generalmente en muestra de suero. Indica infección reciente o aguda. Es una prueba clave para la clasificación inicial del caso. - IgG: prueba serológica para la detección de anticuerpos IgG específicos. Indica infección pasada, respuesta vacunal o inmunidad previa. Puede utilizarse para documentar seroconversión, en muestras pareadas o para evaluación de inmunidad. - PCR: prueba molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se realiza comúnmente en hisopado nasofaríngeo, faríngeo u orina. Permite la detección directa del material genético viral. - ELISA: técnica inmunoenzimática utilizada para la detección de anticuerpos IgM o IgG, según el ensayo. Debe especificarse el tipo de anticuerpo detectado (IgM o IgG). - Aislamiento viral (E1): prueba virológica que consiste en el aislamiento del virus en cultivo celular. Permite la confirmación virológica y contribuye a la caracterización del virus. - Pruebas genotípicas (B5): pruebas especializadas para la identificación del genotipo viral de sarampión o rubéola. Se realizan sobre muestras PCR positivas.	Codificación según tabla de laboratorios Sivigila: 2. IgM 3. IgG 4. PCR 73. Elisa E1. Aislamiento viral B5. Pruebas Genotípicas	Texto
(2) Resultado	Registre el resultado final emitido por el laboratorio para cada prueba realizada, según el informe oficial del LDSP o del LNR.	1. Positivo 2. Negativo 3. Dudoso/indeterminado 4. Inadecuado 5. No procesado	Texto
Se hicieron pruebas de diagnósticos diferenciales	Marque con una X, de acuerdo con la información consignada en la historia clínica o con los reportes del laboratorio. Si: se garantizaron muestras para uno o más de los diagnósticos diferenciales relacionados: Citomegalovirus (CMV) Parvovirus B19 Dengue Herpes simple 1 y 2 Herpes 6/6 (Roséola) Chikungunya Zika No: no se garantizaron muestras para uno o más de los diagnósticos diferenciales relacionados	Si: ____ No: ____ Si la respuesta es "Si", consigne Fecha de obtención de la muestra: __ (formato día/mes/año) Fecha de resultado: __ (formato día/mes/año) Resultado: __ (resultados de laboratorio para cada uno de los diagnósticos diferenciales)	Texto (X) Fecha Texto
Genotipificación	Registre el genotipo viral identificado para sarampión y/o rubéola, según el resultado emitido por el LNR. Esta información debe diligenciarse únicamente cuando se haya realizado caracterización molecular (a partir de una muestra con PCR positiva y/o cuando el laboratorio reporte pruebas genotípicas). Registre el genotipo exactamente como aparece en el informe de laboratorio (sin abreviaturas adicionales ni interpretaciones). Si el resultado aún no está disponible, registre "Pendiente" y actualice el formato cuando se emita el informe definitivo. Si el laboratorio informa que no aplica o que no se realizó genotipificación, registre "No aplica" o "No realizado"	Rubéola (Evento 710): 1, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c Sarampión (Evento 730): A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2	Texto
10. CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO			
Clasificación final del caso debe ser diligenciado al cierre de la investigación epidemiológica, por la entidad territorial de salud responsable del seguimiento, con base en la integración y análisis de la información disponible, incluyendo: hallazgos clínicos, hallazgos epidemiológicos (nexo, antecedentes de exposición, investigación de contactos, línea de tiempo), y resultados de laboratorio (incluyendo pruebas para sarampión/rubéola y diagnósticos diferenciales, cuando aplique). El registro debe reflejar la decisión final de clasificación conforme a los lineamientos de vigilancia vigentes y ser consistente con los soportes documentales.			
Clasificación final	Marque con una X la opción correspondiente, según el análisis integral de la investigación y los resultados obtenidos.	1.Sarampión ____ 2.Rubéola ____ 3.Descartado ____	Texto (X)
*Criterio de confirmación	Diligencie únicamente si la clasificación final es sarampión o rubéola. Marque con una X el criterio o los criterios utilizados para la confirmación del caso, con base en la información clínica, epidemiológica y de laboratorio disponible. Cuando confluyan múltiples criterios de confirmación, marque con una X todos los que correspondan, asegurando coherencia con los soportes documentales.	1.Laboratorio ____ 2.Nexo epidemiológico ____ 3.Clínica ____	Texto (X)

*Criterio de descarte	Diligencie únicamente si la clasificación final es Descartado. Marque con una X el criterio principal que sustenta el descarte, conforme a los resultados de laboratorio y/o diagnóstico alternativo documentado.	1. IgM Negativo sarampión o rubéola ____ 2. Respuesta serológica a la vacuna (asociado a la vacunación) ____ 3. Dengue ____ 4. Parvovirus B19 ____ 5. Herpesvirus humano 6 ____ 6. Reacción alérgica ____ 9. Otro ____ ¿Cuál? _____	Texto (X)
Fuente de infección para caso confirmado	Diligencie este apartado únicamente cuando el caso haya sido confirmado (sarampión o rubéola). Marque con una X la categoría que mejor describa el origen probable de la infección, con base en los hallazgos de la investigación epidemiológica (antecedentes de viaje, exposición, nexos epidemiológicos y análisis de la cadena de transmisión). 1. Importado: caso confirmado de sarampión o rubéola en una persona con antecedente de viaje a otro país, donde circula uno de estos virus, durante el período de posible exposición (sarampión: de 7 a 21 días antes del inicio del exantema; rubéola: de 12 a 23 días antes del inicio del exantema). Para que se confirme la importación de un caso se debe descartar la posibilidad de exposición local a través de secuenciación genómica. 2. Relacionado con importación: caso confirmado de sarampión o rubéola que, según las pruebas epidemiológicas y virológicas, estuvo expuesto localmente al virus y forma parte de una cadena de transmisión originada por un caso importado. 3. Fuente desconocida: caso confirmado en el que no fue posible determinar la fuente de infección 4. Endémico (Autóctono): caso confirmado que, según las pruebas epidemiológicas o virológicas, forma parte de una cadena de transmisión endémica lo que significa que el virus identificado (mismo genotipo y linaje) ha estado circulando dentro del país por un período mayor o igual a 12 meses.	1. Importado 2. Relacionado con importación 3. Fuente desconocida 4. Endémico (Autóctono) Si el caso es "Importado" o "Relacionado con importación", registre el país de probable infección País de importación: _____	Texto (X)
¿Fuente de contagio?	Diligencie este apartado para identificar la fuente probable de exposición/infección del caso, con base en los hallazgos de la investigación epidemiológica de campo. Marque con una X la opción que mejor describa el escenario donde ocurrió el contagio. Si no es posible establecerlo con la información disponible, seleccione "Desconocido".	1. Contacto en casa ____ 2. Comunidad ____ 3. Hospital/Clinica/Centro de Salud ____ 4. Viaje internacional ____ 5. Desconocido ____ 6. Otro ____ ¿Cuál? _____	Texto (X)
¿Contacto de otro caso confirmado?	Indique si el caso presentó contacto o nexo epidemiológico con otro caso confirmado de sarampión o rubéola, según la información recolectada en la investigación epidemiológica de campo. Marque con una X la opción correspondiente. Nota: si no se dispone del número de documento, registre el nombre completo y cualquier dato de identificación disponible (ejemplo: institución, barrio/vereda, entre otros)	1. Sí ____ 2. No ____ 3. Desconocido ____ Si la respuesta es "Sí", registre los datos de identificación del caso con el cual tuvo contacto o nexo epidemiológico: Número de documento del caso: Nombre del caso:	Texto (X)
Se da cierre por criterio clínico, epidemiológico y del laboratorio	Registre la fecha de cierre del evento.	Registrar fecha en formato día / mes / año	Fecha