



**Gobierno Provincial**

Ministerio de Salud Pública

COQUELUCHE  
(TOS CONVULSA)



**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M [ ] F [ ] Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento que notifica: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2. DATOS DE VACUNACIÓN**

Pentav/Cuadruple SI [ ] NO [ ] N° Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Triple Bacteriana SI [ ] NO [ ] N° Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**3. DATOS CLINICOS**

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ← **Dato Importante para acciones de vigilancia**  
 Fecha de consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Cuáles fueron los principales síntomas?

Tos [ ] Vómitos [ ] Cianosis [ ] Afebril [ ]  
 Tos Paroxística [ ] Apnea [ ] Síntomas Catarrales [ ]

Duración de la tos (en días): \_\_\_\_\_ días

Internación: SI [ ] NO [ ]

¿Terapia antibiótica? SI [ ] NO [ ] Especifique ATB: \_\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

¿Estuvo en contacto con un caso sospechoso de tos convulsa o con una persona con síntomas similares a la del caso? SI [ ] NO [ ] N/C [ ]

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Tuvo conocimiento de algún otro caso de tos convulsa? SI [ ] NO [ ] N/C [ ]

¿Viajó en los últimos 30 días? SI [ ] NO [ ] Lugar: \_\_\_\_\_

¿Durante el viaje estuvo en contacto con un caso de Tos Convulsa? SI [ ] NO [ ] N/C [ ]

**5. LABORATORIO**

Extracción de la muestra: Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tipo de muestra: Hisopado [ ] Aspirado [ ] Esputo [ ] Suero [ ]

1° Muestra Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2° Muestra Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**6. CONTACTO<sup>1</sup>**

N° de Orden	Apellido y Nombre	D.N.I.	Domicilio	Profilaxis

**Protección de casos y contacto:** profilaxis con eritromicina 40 mg/kg/día durante 14 días.

En niños **hasta 6 años** completar esquema de vacunación más profilaxis antibiótico.-

**Investigar la cobertura de vacunación DTP Hib en la población local.-**

**Firma y Sello del Médico:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Los contactos se identifican como los convivientes del grupo familiar (aquellos que duermen bajo un mismo techo y comparten los gastos de alimentación). Se debe llenar una ficha para cada uno.-