

Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Toda persona que presente laringitis, faringitis o amigdalitis y placas o membranas adheridas a la cavidad bucal y vías respiratorias.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1. Fecha de consulta: ____/____/____ 2. Fecha de captación: ____/____/____ 3. Fecha de notificación: ____/____/____
4. Nombre del Notificante: _____ 5. Tel. o cel. N°: _____
6. Establecimiento de salud: _____ 7. Distrito: _____ 8. Región Sanitaria N°: [] []
9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: [] [] [] [] [] [] 15. Sexo: F M 16. Nacionalidad: _____
17. Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
17.4 Dirección: _____
17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18. Localidad: 1=Urbano 2=Rural 19. Com. indígena: 1=Si 2=No 19.1 Etnia: _____
20. Ocupación: _____ 21. Dirección del trabajo o escuela: _____
22. Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

23. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24. Tipo de Vacuna: 1=Pentavalente 2=DPT - DTaP 3=Td - TD (considerar la última dosis) 99=Sin antecedentes 25. N° de dosis: _____
26. Fecha de vacunación: 26.1 1ªd ____/____/____ 26.2 2ªd ____/____/____ 26.3 3ªd ____/____/____ 26.4 Ref1: ____/____/____ 26.5 Ref2: ____/____/____
27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: _____ 27.2 Distrito: _____ 27.3 Región N°: [] []

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

28. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
29. **Síntomas y signos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 29.1 Faringitis 29.4 Amigdalitis 29.2 Laringitis 29.5 Placas 29.3 Membranas 29.6 Otros: _____
30. **Complicaciones:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 30.1 Insuficiencia respiratoria 30.4 Insuficiencia renal 30.2 Miocarditis 30.5 Otras: _____ 30.3 Polineuritis
31. Hospitalización: 1=Si 2=No Si es sí: 31.1 Establecimiento: _____ 31.2 Fecha admisión: ____/____/____ 99=Desconocido 31.3 Días de internación: _____ 31.4 N° Historia clínica: _____ 31.5 Alta: 1=Con escuela 2=Sin escuela
31.5.1 Describir: _____ 31.5.2 Fecha del alta: ____/____/____
32. Tratamiento: 32.1 Antitoxina difterica: 1=Si 2=No 32.1.1 Cuál: _____ 32.1.2 Dosis: _____ 32.1.3 Fecha: ____/____/____
32.2 Antibióticos: _____ 32.2.1 Dosis: _____ 32.2.2 Fecha: ____/____/____
32.3 Otros medicamentos: _____ 32.3.1 Dosis: _____ 32.3.2 Fecha: ____/____/____
33. Defunción: 1=Si 2=No Si es sí: 33.1 Lugar de defunción: _____ 33.2 Fecha defunción: ____/____/____ 99=Desconocido 33.3 Causa básica de defunción: _____
34. Fecha de visita domiciliar: ____/____/____
35. **Datos epidemiológicos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 35.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de difteria dentro de los últimos 7 días? 35.1.1 Fecha: ____/____/____
 35.2 Hubo algún caso sospechoso de difteria en los últimos 7 días en la comunidad? 35.2.1 Fecha: ____/____/____
 35.3 Viajó durante los 7-20 días previos al inicio de los síntomas? 35.3.1 Dónde: _____ 35.3.2 Fecha: ____/____/____
 35.4 Realizó seguimiento de contactos durante 7 días? 35.4.1 Fecha: ____/____/____; 35.4.2 Fecha: ____/____/____

E) DATOS DE LABORATORIO

36. Antibióticos previos: 1=Si 2=No Si es sí: _____ 36.1 Antibiótico utilizado: _____ 99=Desconocido

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D. de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba**	Resultado ***	Toxigenicidad ****	Fecha de Resultado
1ra. muestra										
2da. muestra										

*1. Hisopado faringeo. **1. Cultivo. 2. PCR convencional para especie 3. PCR en Tiempo Real ***0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible) **** 1. Prueba de Elek 2. PCR Convencional

F) CLASIFICACIÓN FINAL

37. Clasificación final: 1=Confirmado por laboratorio 2=Confirmado por nexo epidemiológico 3= Probable por clínica 4=Descartado 38. Fecha de clasificación final: ____/____/____