

Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Toda persona que presente contracciones musculares dolorosas, espasmos generalizados, trismus, opistótonos, no explicables por otras causas.

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 4=Sin antecedentes (considerar la última dosis) 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 inicio de síntomas: ____/____/____ 29. Fecha de visita domiciliaria (investigación comunitaria): ____/____/____
30. Forma clínica: Marcar 1=Si 2=No 99=Desconocido 31. Manifestaciones clínicas: Marcar 1=Si 2=No 99=Desconocido 32. Complicaciones: Marcar 1=Si 2=No 99=Desconocido
 30.1 Generalizada 30.2 Localizada 30.3 Cefálica
 31.1 Espasmos musculares 31.2 Trismus 31.3 Opistótonos 31.4 Otros: _____
 32.1 Disfunción respiratoria 32.2 Crisis hipertensiva 32.3 Hemorragia intracraneal 32.4 Otros: _____
33. Hospitalización: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 33.1 Establecimiento: _____ 33.2 Fecha admisión: ____/____/____
33.3 Días de internación: _____ 33.4 N° Historia clínica: _____ 33.5 Alta 1=Con secuela 2=Sin secuela
33.5.1 Describir: _____ 33.6 Fecha del alta: ____/____/____
34. Tratamiento: 34.1 IG Tetánica: 1=Si 2=No 34.2 Tipo: 1=Humana 2=Equina 34.3 Dosis: _____ 34.4 Fecha: ____/____/____
34.7 Otros medicamentos: _____ 34.8 Dosis: _____ 34.9 Fecha: ____/____/____
35. Defunción: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí; 35.1 Lugar de defunción: _____ 35.2 Fecha defunción: ____/____/____
35.3 Causa básica de defunción: _____

E) ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

Dentro de los 2 a 30 días previos al inicio de los síntomas

36. Circunstancias del evento: 1=Laboral 2=No Laboral 36.1 Fecha: ____/____/____ 37. Posible puerta de entrada: 1=Herida punzante 2=Herida cortante 3=Herida desgarrante 4=Otras
38. Herida causada por (describir el evento): _____
38.1 Animales: _____
38.2 Objetos: _____
38.3 Otros: (espinas, instrumentos quirúrgicos, jeringas, etc.): _____
39. Posible fuente de infección (describir): _____
40. Medidas higiénicas adoptadas por el paciente (describir): _____
40.1 Domiciliarias: _____
40.2 Hospitalarias: _____
41. Antecedentes patológicos personales: _____
42. Factores de riesgo: _____

F) CLASIFICACIÓN FINAL

43. Clasificación final: 1=Confirmado 2=Descartado 44. Fecha de clasificación final: ____/____/____
45. Nombre del profesional responsable de la atención: _____ 45.1 Reg. Prof. N°: _____