



## Ficha de Notificación e Investigación DIFTERIA

**DI** A36

Definición de caso: Caso sospechoso – 1)Todo paciente que presente cuadro de fiebre, pseudomembranas en la garganta, adenopatía cervical dolorosa, obstrucción de vías respiratorias, eritema ulcerado y estado tóxico-infeccioso. 2)Todo paciente con nexo epidemiológico

nagnostico i		, 99=Desconocido							
País:          Departamento          Municipio:			Establecimiento de salud que notifica:  Teléfono del establecimiento que notifica:						
							Notificado por:		Fecha de
			ed de Serv	vicios:					
			Localidad/Barrio/Ciudad:			Fecha de Visita Domiciliari	ia: / /	Fecha de Notificación Nacional:	al: / /
etectado or:	1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros	Tipo de Sector de Institución que notifica:	Día Mes Año  1=Público 2=Privado	88=Otro, Especifique				
INFORM	MACIÓN DEL PACIEN	ITE							
Nombre y apellidos del Paciente:			Nombre de la madre, o pariente responsable:						
Sexo del aciente:	1=Masculino 2=Femenino	Fecha de nacimiento:_		Edad:	Años Meses	-			
Ocupación d	del Paciente:								
irección 1 :	<b>:</b>	Di	rección 2, del trabaj	jo o escuela :					
Tipo de loca	talidad: 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Ciudad		Teléfono:					
Referencia,		r la casa:							
II HISTOR	RIA VACUNAL				1 1 1	., ., ., .,			
Historia de v			Fecha de última dosis  James Año Mes Año Mes Año	Establecimiento di vacunado	lugar donde fue	Verificación de la vacunación **			

## Estado Actual del paciente Signos /Síntomas No No Fiebre Pseudomembrana Restablecido Faringitis Dificultad respiratoria Enfermo Nasofaringitis Edema cervical Fallecido Laringitis Adenopatía cervical Fecha de fallecimiento V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL Cargo: \_ Caso notificado por: \_ Teléfono: \_ Institución, Servicio de salud: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_ Fecha de Notificación Fecha de Investigación Fecha de inicio de la enfermedad Hospitalización Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante Nombre y apellidos: \_\_ \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Dirección: \_ \_\_\_\_ Verificado con carnet: Si No 🗌 Vacunado: Si 🔲 No 🔲 Vacuna: \_\_ \_ No de dosis \_\_\_ Contactos del caso Fecha de Vacunado en esta investigación Nombres y apellidos Edad Dirección Vacuna última dosis Si NO VI DATOS DE LABORATORIO Tipo de Muestra Resultado Fecha de Fecha de envío Fecha de Fecha de envío recolección de de resultado a laboratorio recepción en la muestra laboratorio Comentario: \_\_ Nombre del Investigador: \_\_\_ \_ Cargo \_\_

PAI Nacional

Firma: \_\_

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE