

Caso sospechoso – 1) Todo recién nacido (3 a 28 días) que después de haber succionado y llorado normalmente durante los primeros días, presenta imposibilidad progresiva de alimentarse y llanto constante.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: ☐ 1=Tétanos Neonatal 99=Desconocido

País:

Departamento

Municipio:

Red de Servicios:

Localidad/Barrio/Ciudad:

Establecimiento de salud que notifica:

Teléfono del establecimiento que notifica:

Notificado por: No. Celular

Fecha de Consulta: / / Día Mes Año

Fecha de Notificación Local: / / Día Mes Año

Fecha de Visita Domiciliaria: / / Día Mes Año

Fecha de Notificación Nacional: / / Día Mes Año

Detectado por: ☐ 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 99=Desconocido

Tipo de Sector de Institución que notifica: ☐ 1=Público 2=Privado 3=Seguridad Social 88=Otro, Especifique

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente:

Nombre de la madre o responsable:

Sexo del paciente: ☐ 1=Masculino 2=Femenino

Fecha de nacimiento: / / Día Mes Año

Edad: Meses

Dirección actual:

Ciudad

Teléfono:

Tipo de localidad ☐ 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural

Referencia, croquis, para localizar la casa:

III ANTECEDENTES DE VACUNACION MATERNA

Recibió la vacuna	TT o DT	No. de dosis recibidas	Fecha de última dosis	Establecimiento o lugar dónde fue vacunada	Verificación de la vacunación **
TT o DT	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

(**) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE

Signos /Síntomas	Sí	No	Signos /Síntomas	Sí	No	Estado Actual del paciente
Onfalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Restablecido <input type="checkbox"/>
Rigidez generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>
Espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido <input type="checkbox"/>
Trismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL

Caso notificado por: _____Cargo: _____Teléfono: _____

Institución, Servicio de salud: _____Dirección: _____

Fecha de Notificación

_____/_____/_____
DíaMesAño

Fecha de inicio de la enfermedad

_____/_____/_____
DíaMesAño

Fecha de Investigación

_____/_____/_____
DíaMesAño

Hospitalización

_____/_____/_____
DíaMesAño

VI DATOS DE CONTROL DE LA MADRE

Nombre y apellidos: _____Edad: _____No. de hijos _____Total: _____Vivos: _____Muertos _____

Tuvo control prenatalSi ☐ No ☐Cuántos controles _____Dónde (Establecimiento de Salud) _____

En qué mes de su embarazo comenzó el control _____Cuántas TT/DT recibió en su control _____

El parto fue en :Hospital ☐Atendido por: Médico ☐Nombre de quién atendió el parto: _____

Domicilio ☐Enfermera ☐_____

Otro ☐Partera capacitada ☐_____

Especifique _____Partera no capacitada ☐_____

El cordón fue cortado con: _____... y curado y tratado con: _____

VII DATOS DE CONTROL EN LA COMUNIDAD

Se hizo visita a la comunidad?Si ☐ No ☐Se hizo visita domiciliaria?Si ☐ No ☐

Se encontraron más casos de tétanos?Si ☐ No ☐Cuántos _____Se hicieron fichas?Si ☐ No ☐

Se visitó a quien atendió el parto?Si ☐ No ☐Se le dio capacitación?Si ☐ No ☐

No. de mujeres en edad fértil en esa comunidad: _____No. de MEF que ya tienen su segunda dosis de Toxoides Tetánico (TT/Dt): _____

No. de dosis de TT/ Dt aplicadas después de este caso:1ras _____2das _____3as + 4as+ 5as _____

Comentario: _____

Nombre del Investigador: _____Cargo _____

Firma: _____

PAI Nacional