



## Ficha de Notificación e Investigación **TOSFERINA**

TF

Definición de caso: Caso sospechoso – 1) Historia de **tos severa**, persistente por dos semanas o más, **paroxística**, seguida de vómitos. 2) En niños menores: tos prolongada seguida de apnea y cianosis. 3) En niños mayores: tos paroxística seguida de vómitos y nauseas. 4)Paciente con nexo epidemiológico

iagnóstico inicial: 1=Tosferina o Coqueluche, 99=Desconocido		
	Establecimiento de salud que notific	a:
ús:	Teléfono del establecimiento que no	tifica:
epartamento	Notificado por:	No. Celular
lunicipio:	Fecha de Consulta://	Fecha de Notificación Local://
ed de Servicios:		
ocalidad/Barrio/Ciudad:	Fecha de Visita Domiciliaria:/// Dia Mes Año	Fecha de Notificación Nacional:/// 
1=Consulta 5=Investigación de contactos letectado 2=Laboratorio 6=Casos reportados en la comunidad 3=Búsqueda institucional 88=Otros or: 4=Búsqueda de casos en la 99=Desconocido comunidad	Tipo de Sector de Institución que notifica:  1=Público 2=Privado	88=Otro, Especifique
I INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre y apellidos lel Paciente:	Nombre de la madre	
Down dal	o responsable.	
Sexo del 1=Masculino 2=Femenino Fecha de nacimiento:_	/Edad:	Años Meses
Ocupación del Paciente:		
irección 1 : Di	irección 2, del trabajo o escuela :	
Tipo de localidad: 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural Ciudad		Teléfono:
Tipo de localidad:		Teléfono:
Tipo de localidad:   2=Periurbano Ciudad		Teléfono:
Tipo de localidad:		Teléfono:
Fipo de localidad:		Teléfono:
Tipo de localidad:		Teléfono:
Fipo de localidad:		Teléfono:
Tipo de localidad:		Teléfono:
Ciudad  2=Periurbano 3=Rural  Referencia, croquis, para localizar la casa:  Comentario:  II HISTORIA VACUNAL  distoria de vacunas  Número	Fecha de Establecimiento o la	ugar dónde fue Verificación de
2=Periurbano 3=Rural   Ciudad   Ciuda		
Eleferencia, croquis, para localizar la casa:  Comentario:  I HISTORIA VACUNAL  Ilistoria de vacunas  Ciudad  Ciudad	Fecha de Establecimiento o la	ugar dónde fue Verificación de

- (\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido (\*\*) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

## Signos /Síntomas Estado Actual del paciente No No Restablecido Tos paroxística Hemorragia Subconjuntival Enfermo Silbido inspiratorio Fiebre Fallecido Apnea Vómitos Cianosis Fecha de fallecimiento \_ V DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_ Caso notificado por: \_ Cargo: \_\_\_ Dirección: Institución, Servicio de salud: \_\_\_ Fecha de Notificación \_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Investigación \_\_\_\_/\_\_\_\_ Hospitalización \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Si es posible anote la fuente de contagio (otro caso semejante \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_ Nombre y apellidos: \_\_\_ \_\_\_\_ No de dosis \_\_\_\_\_ Verificado con carnet: Si No Vacunado: Si 🔲 No 🔲 Vacuna: \_\_ Contactos del caso Vacunado en esta investigación Fecha de Edad Nombres y apellidos Dirección Vacuna última dosis **VI DATOS DE LABORATORIO** Tipo de Muestra Resultado Fecha de Fecha de envío Fecha de Fecha de envío recolección de a laboratorio recepción en de resultado la muestra laboratorio Comentario: \_\_\_ Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

PAI Nacional

Firma: \_\_

IV DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE