

CASO Nº:	
SEDES:	
PROVINCIA:	
MUNICIPIO:	
COORDINACIÓN DE RED:	
ESTABLECIMIENTO:	

MINISTERIO DE SALUD	COORDINACIÓN DE RED:				
Y DEPORTES	ESTABLECIMIENTO:				
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - 2011 FICHA EPIDEMIOLÓG	ICA DE TÉTANOS NEONATAI				
	reunir al menos los siguientes criterios:				
	er succionado y llorado normalmente durante los primeros días,				
presenta imposibilidad de alimentarse.	or sussistance y horade normalmente durante les primeres alder				
I DATOS GENERALES DEL PACIENTE					
Nombre y apellidos:	Nº de Historia Clínica:				
Sexo: M F Edad:					
Dirección actual:	Teléfono:				
Nombre del responsable (s) del paciente:					
Croquis para la ubicación del domicilio					
Croquis para la ubicación del dofficillo	II ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN MATERNA				
	Vacunación materna con Toxoide Tetánico (TT o Dt)				
	Nº de dosis recibidas:				
	Fecha de última dosis:/				
	50555 II				
	Establecimiento o sitio				
	donde fue vacunada:				
	Verificado con carnet: SI NO				
	verificado con carriet.				
III DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE					
SIGNOS / SÍNTOMAS SI NO	SI NO ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:				
Onfalitis: Convuls					
Rigidez generalizada: Disfagia	a: Enfermo:				
Espasmos musculares: Disuria:	Falls aids.				
Trismus: Fiebre:					
Ictericia:	Fecha de fallecimiento/				
IV DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL PACIENTE					
FECHAS: Día Mes Año	Caso fue notificado por:				
Notificación:					
Investigación:	Institución Cargo:				
Inicio de enfermedad:/	Dirección:				
Hospitalización://					
V MEDIDAS DE CONTROL DE LA MADRE:	F3.4.				
Nombre y Apellidos: vivos vivos	Edad: muertos				
Tuvo control prenatal: SI NO	Cuántos controles:				
En qué mes de su embarazo comenzó el control?					
Cuantas TT/Dt recibió en su control:	Ha tenido otro hijo con Tétanos?				
DEL PARTO:					
Lugar: Hospital: Domicilio: Otro	(Especifique)				
Atendido por: Médico Enfermera	Partera capacitada Partera no capacitada				
Otro Especifique:Nor	mbre de quien atendió el parto:				
	urado o tratado con				
DE LA COMUNIDAD:					
Se hizo visita a la comunidad?	Domiciliar: SI NO				
Encontró más casos de Tétanos?	Cuántos: Hizo fichas: SI NO				
Se visitó a quien atendió el parto?					
N° de mujeres en edad fértil (MEF) en esa comunidad:					
N° de (MEF) que ya tiene su 2a. Dosis de Toxoide Tetánico (TT/Dt): Número de dosis de TT/Dt aplicadas después de este caso: 1as 2as 3a + 4a + 5as:					
Caso fue notificado por: Institución:					
NOMBRE DEL INVESTIGADOR:					
CARGO:	FIRMA: PAI NACIONAL				