

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - 2011

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

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA

| FICHA EPIDEMIOLOG | | |
|--|---|--|
| Los casos notificados deben reunir al menos los siguientes criterios: 1 Todo/a paciente que presente cuadro de fiebre, pseudomembranas en la garganta, adenopatía cervical dolorosa, obstrucción de vías respiratorias, eritema ulcerado y estado toxicoinfeccioso 2. Todo/a paciente con pago poid prietá siguiente se pago poid prietá sig | | |
| 2 Todo/a paciente con nexo epidemiológico | | |
| I DATOS GENERALES DEL PACIENTE Nombre y apellidos: | Nº de Historia Clínica: | |
| Sexo: M F Edad: | T I | |
| Dirección actual: | | |
| Nombre del responsable (s) del paciente: | | |
| Croquis para la ubicación del domicilio | II ANTECEDENTES VACUNALES DEL PACIENTE | |
| | Encerrar en un circulo la vacuna Historia de vacunas DPT Dt dT PENTAVALENTE | |
| | Thotolia do radando Di i | |
| | Nº de dosis recibidas: | |
| | Fecha de última dosis:/ | |
| | Establecimiento o lugar donde fue vacunado: | |
| | Verificado con carnet: | |
| | | |
| | | |
| | | |
| * | | |
| | | |
| | | |
| III DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE SIGNOS / SÍNTOMAS SI NO | SI NO ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE: | |
| Fiebre Pseudomembrana | Restablecido: | |
| Faringitis Dificultad respiratoria | Enfermo: | |
| Nasofaringitis Edema cervical | Fallecido: | |
| Laringitis Adenopatia cervical | Fecha de fallecimiento | |
| IV. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL | | |
| FECHAS: Día Mes Año La fuente de contagio: (otro caso semejante) | | |
| Notificación: / Nombre y apellido: Edad: Edad: | | |
| Investigación:/ / Dirección: / Verificado con correct. St NO | | |
| Hospitalización: | | |
| Especifique DPT Dt dT PENTAVALENTE | | |
| CONTACTOS DEL CASO Nº de dosis recibidas: | | |
| Nombres y Apellidos Edad Dirección | Nº de dosis Fecha de última Vacunado en ésta investigación previas dosis | |
| Nombres y Apellidos Edad Briesdichi | previas dosis SI NO | |
| | | |
| ¿Encontro otros casos en la comunidad? SI NO ¿Cuántos? ¿Tiene fichas? SI NO | | |
| V DATOS DE LABORATORIO | | |
| Tipo de muestra Fecha recolección de muestra Fecha de envío a laboratorio en lat | e recepción Fecha de envío de resultado Resultado | |
| Hisopado faringeo | | |
| Pseudomembrana | | |
| Caso fue notificado por: Cargo: Institución: | | |
| NOMBRE DEL INVESTIGADOR: | | |
| CARGO: FIRMA: HISTORIA CLINICA | | |