

Definición de caso

Caso sospechoso: Todo recién nacido que durante los dos primeros días de vida haya succionado y llorado normalmente y que a partir del tercer día presenta algún signo o síntoma compatible con tétanos. El período de incubación es comúnmente de 7 días, variando entre 3-28 días..

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de Inicio de los síntomas ____ / ____ / ____

¿Succionaba y lloraba normalmente al nacer? Si No N/S

Ombligo infectado Si No

Peso al nacer (u hospitalización) _____ gramos

Temperatura _____ °C	Temperatura. Máxima _____ °C	Temperatura. Mínima _____ °C
Trismo (incapacidad para succionar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____ / ____ / ____
Rigidez corporal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____ / ____ / ____
Espasmos musculares	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____ / ____ / ____
Ictericia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____ / ____ / ____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Apellido y Nombres de la Madre _____
 Domicilio: _____ Localidad _____
 Departamento _____ Provincia _____
 Tel/Fax _____ Móvil _____ mail _____
 Edad: _____ años Nº de embarazos: _____ Nº de partos: _____ Nº de hijos vivos: _____
 Antecedentes de vacunación, toxoide antitetánico (antitetánica o doble bacteriana) Si No N/S
 Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____ / ____ / ____
 Número de consultas prenatales: _____ Lugar de atención prenatal: _____
 Domicilio del establecimiento: _____
 Agente que asistió el parto: Médico Enfermera Partera Matrona Familiar Otro

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____ / ____ / ____.

CPK	Aldolasa:
Leucocitos	Cultivo de C. Tetani

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Investigación de caso. Si el caso identifica un área geográfica que notifica un alta incidencia de TNN comparada con la media nacional en cualquiera de los tres (3) años anteriores (es decir, una tasa igual o mayor a 1 por 1000 nacidos vivos), o si se trata de una zona que no tiene una vigilancia adecuada (silenciosa) se vacunará y completará un esquema de 5 dosis a todas las mujeres en edad fértil

Estrategia de vacunación (mujeres en edad fértil, embarazadas) junto al mejoramiento de la atención obstétrica aumentando la proporción de partos atendidos por personas expertas.

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Fecha hospitalización: ____ / ____ / ____ Gamaglobulina
Recuperación ad integrum Secuelas Fallecido Fecha ____ / ____ / ____ Desconocido

Clasificación Final Caso confirmado
Caso descartado

Fecha ____ / ____ / ____

Firma y Sello Médico