

Definición de caso

Caso sospechoso: Todo paciente, cualquiera sea su edad, que reúna los criterios clínicos de espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, graves o que puedan ser agravados por estímulos externos, sin ninguna otra causa médica aparente, con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

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 ____/____/____

Trismo	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 ____/____/____
Convulsiones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____/____/____
Contracciones espásticas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio ____/____/____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Antecedentes de heridas, abscesos, úlceras de decúbito, gangrenas, abortos, quemaduras, infecciones del oído medio, cirugías, inyecciones de drogas ilícitas contaminadas) Si ☐ No ☐ N/S ☐

Fecha de herida: ____/____/____

Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si ☐ No ☐ N/S ☐

Número de dosis: _____ Fecha de última dosis: ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

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

CPK

Aldolasa:

Leucocitos

Cultivo de C. Tetani

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Control de carnet	Monitoreo de coberturas en terreno	Coberturas administrativas	Tratamiento de heridas
-------------------	------------------------------------	----------------------------	------------------------

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐

Fecha hospitalización: ____/____/____

Antitoxina Si ☐ No ☐

Gamaglobulina Si ☐ No ☐

Recuperación ad integrum ☐

Secuelas ☐

Fallecido ☐

Fecha ____/____/____

Desconocido ☐

Clasificación Final

Caso confirmado ☐

Caso descartado ☐

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico