

**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 Notificador: \_\_\_\_\_ 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	____ / ____ / ____	Rigidez corporal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	____ / ____ / ____
Convulsiones	____ / ____ / ____	Convulsiones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	____ / ____ / ____
Contracciones espásticas	____ / ____ / ____	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 antidifláctico (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 PREVENCION**

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