

**Definición de caso**

**Caso Sospechoso:** Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea, nacarada, adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla y fiebre baja.

**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 síntomas. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Amigdalitis

Membrana

Laringitis

Faringitis

Temperatura \_\_\_\_ °C

Adenopatías

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Possible fuente de infección: (10 días previos a los primeros síntomas): \_\_\_\_\_

¿Dónde Residió? (Lugar) \_\_\_\_\_

¿Viajó? Si  No  Lugar. \_\_\_\_\_

¿Estuvo en contacto con un caso de difteria?: Si  No  N/S

¿Otro/s caso/s de difteria en la zona? : Si  No  N/S

Antecedentes de vacunación, toxoide antidifláctico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si  No

Número de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de extracción de muestra. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Tipo de Muestra: Hisopado  Membrana

Terapia antibiótica previa Si  No  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Laboratorio regional Si  No  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Laboratorio referencia Si  No  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Vacunación de bloqueo: Si  No  N° dosis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Profilaxis antibiótica : Si  No

#### 7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Requirió antitoxinas: Si  No   
Recuperado ad integrum  Alta con secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Desconocido   
Causa fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico