

Caso N°: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Caso sospechoso:** Toda persona que presente laringitis, faringitis o amigdalitis y placas o membranas adheridas a la cavidad bucal y vías respiratorias.

**A) DATOS DEL NOTIFICANTE**

1. Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. Fecha de captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
4. Nombre del Notificante: \_\_\_\_\_ 5. Tel. o cel. N°: \_\_\_\_\_  
6. Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_ 7. Distrito: \_\_\_\_\_ 8. Región Sanitaria N°: [ ] [ ]  
9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público  9.2 Seguridad social  9.3 Privado  9.4 Otro  Especifique: \_\_\_\_\_  
10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta  10.2 Laboratorio  10.3 B.A. Institucional  10.4 B.A. Comunitaria  10.5 Rumores  10.6 Otros \_\_\_\_\_

**B) DATOS DEL PACIENTE**

11. C.I. N°: \_\_\_\_\_ 12. Nombre y apellido del paciente: \_\_\_\_\_  
13. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 14. Edad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 15. Sexo: F  M  16. Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
17. Domicilio: 17.1 Departamento: \_\_\_\_\_ 17.2 Distrito: \_\_\_\_\_ 17.3 Barrio o Cñia.: \_\_\_\_\_  
17.4 Dirección: \_\_\_\_\_  
17.5 Ref. para ubicar el domicilio: \_\_\_\_\_  
17.6 Tel. de contacto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 18. Localidad:  1=Urbano  2=Rural 19. Com. indígena:  1=Si  2=No 19.1 Etnia: \_\_\_\_\_  
20. Ocupación: \_\_\_\_\_ 21. Dirección del trabajo o escuela: \_\_\_\_\_  
22. Nombre de la madre o responsable: \_\_\_\_\_ 22.1 C.I. N°: \_\_\_\_\_

**C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**

23. Fuente:  1= Tarjeta de vacunación  2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24. Tipo de Vacuna:  1=Pentavalente  2=DPT - DTaP  3=Td - TD (considerar la última dosis)  99=Sin antecedentes 25. N° de dosis: \_\_\_\_\_  
26. Fecha de vacunación: 26.1 1ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.2 2ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.3 3ªd \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.4 Ref1: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 26.5 Ref2: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_ 27.2 Distrito: \_\_\_\_\_ 27.3 Región N°: [ ] [ ]

**D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS**

28. Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
29. **Síntomas y signos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido  
 29.1 Faringitis  29.4 Amigdalitis  29.2 Laringitis  29.5 Placas  29.3 Membranas  29.6 Otros: \_\_\_\_\_  
30. **Complicaciones:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido  
 30.1 Insuficiencia respiratoria  30.4 Insuficiencia renal  30.2 Miocarditis  30.5 Otras: \_\_\_\_\_  30.3 Polineuritis  
31. Hospitalización:  1=Si  2=No Si es sí: 31.1 Establecimiento: \_\_\_\_\_ 31.2 Fecha admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 99=Desconocido 31.3 Días de internación: \_\_\_\_\_ 31.4 N° Historia clínica: \_\_\_\_\_ 31.5 Alta:  1=Con escuela  2=Sin escuela  
31.5.1 Describir: \_\_\_\_\_ 31.5.2 Fecha del alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
32. Tratamiento: 32.1 Antitoxina difterica:  1=Si  2=No 32.1.1 Cuál: \_\_\_\_\_ 32.1.2 Dosis: \_\_\_\_\_ 32.1.3 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
32.2 Antibióticos: \_\_\_\_\_ 32.2.1 Dosis: \_\_\_\_\_ 32.2.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
32.3 Otros medicamentos: \_\_\_\_\_ 32.3.1 Dosis: \_\_\_\_\_ 32.3.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
33. Defunción:  1=Si  2=No Si es sí: 33.1 Lugar de defunción: \_\_\_\_\_ 33.2 Fecha defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 99=Desconocido 33.3 Causa básica de defunción: \_\_\_\_\_  
34. Fecha de visita domiciliar: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
35. **Datos epidemiológicos:** Marcar según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido  
 35.1 Hubo contacto con otro caso confirmado de difteria dentro de los últimos 7 días? 35.1.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 35.2 Hubo algún caso sospechoso de difteria en los últimos 7 días en la comunidad? 35.2.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 35.3 Viajó durante los 7-20 días previos al inicio de los síntomas? 35.3.1 Dónde: \_\_\_\_\_ 35.3.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 35.4 Realizó seguimiento de contactos durante 7 días? 35.4.1 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; 35.4.2 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**E) DATOS DE LABORATORIO**

36. Antibióticos previos:  1=Si  2=No Si es sí: 36.1 Antibiótico utilizado: \_\_\_\_\_ 99=Desconocido

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D. de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba**	Resultado ***	Toxigenicidad ****	Fecha de Resultado
1ra. muestra										
2da. muestra										

\*1. Hisopado faringeo. \*\*1. Cultivo. 2. PCR convencional para especie 3. PCR en Tiempo Real \*\*\*0. Negativo 1. Positivo 2. Muestra inadecuada 3. Indeterminada 99. Desconocido (no hay resultado disponible) \*\*\*\* 1. Prueba de Elek 2. PCR Convencional

**F) CLASIFICACIÓN FINAL**

37. Clasificación final:  1=Confirmado por laboratorio  2=Confirmado por nexo epidemiológico  3= Probable por clínica  4=Descartado 38. Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_