

Caso N°: ____/____/____

Caso sospechoso: Todo recién nacido que se alimentó y lloró normalmente los primeros 2 días de vida y al tercer día (3 a 28 días) presenta rechazo a la alimentación, espasmos musculares, trismus (dificultad de agarrar y chupar el pezón) y rigidez. Todo recién nacido que muera entre los 3 a 28 días después del nacimiento por causas desconocidas o no se haya investigado adecuadamente.

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 Y LA MADRE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: [] [] [] Años Meses Días 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. Nombre de la madre: _____ 20.1 C.I. N°: _____
20.2 Edad: [] [] (años) 20.3 Escolaridad: 1=Primaria 2=Secundaria 3=Universitaria 4=Sin escolaridad 20.4 Ocupación: _____ 20.5 Dirección laboral: _____
20.6 Embarazos previos: _____ 20.7 Partos previos: _____ 20.8 Control PN: 1=Si 2=No 99=Desconocido 20.9 N° controles: _____ 20.10 Establecimiento: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA MADRE

21. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 22. Tipo de Vacuna: 1=Pentavalente 2=DPT - DTaP 3=Td - TD 4=Sin antecedentes (considerar la última dosis) 23. N° de dosis: _____
24. Fecha de vacunación: 24.1 1ºd ____/____/____ 24.2 2ºd ____/____/____ 24.3 3ºd ____/____/____ 24.4 Ref1: ____/____/____ 24.5 Ref2: ____/____/____
25. Lugar de vacunación última dosis: 25.1 Establecimiento de salud: _____ 25.2 Distrito: _____ 25.3 Región N°: _____

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

26. Fecha de investigación: ____/____/____
27. Signos y Síntomas: Marcar 1=Si 2=No 99=Desconocido
 27.1 Mamó y lloró los primeros días de vida 27.5 Espasmos musculares 27.5.1 Fecha: ____/____/____
 27.2 Trismus 27.2.1 Fecha: ____/____/____ 27.6 Opistótonos 27.6.1 Fecha: ____/____/____
 27.3 Fiebre 27.3.1 Fecha: ____/____/____ 27.7 Convulsiones 27.7.1 Fecha: ____/____/____
 27.4 Rigidez muscular 27.4.1 Fecha: ____/____/____ 27.8 Otros: _____
28. Hospitalización: 1=Si 2=No Si es sí; 99=Desconocido 28.1 Establecimiento: _____ 28.2 Fecha admisión: ____/____/____
28.3 Días de internación: _____ 28.4 N° Historia clínica: _____ 28.5 Alta: 1=Con secuela 2=Sin secuela
28.5.1 Describir: _____ 28.6 Fecha del alta: ____/____/____
29. Tratamiento: 29.1 IG Tetánica: 1=Si 2=No 29.2 Tipo: 1=Humana 2=Equina 29.3 Dosis: _____ 29.6 Fecha: ____/____/____
29.7 Otros medicamentos: _____ 29.8 Dosis: _____ 29.9 Fecha: ____/____/____
30. Defunción: 1=Si 2=No Si es sí; 99=Desconocido 30.1 Lugar de defunción: _____ 30.2 Fecha defunción: ____/____/____
30.3 Causa básica de defunción: _____

E) ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Entre el 3° y 28° días de vida
31. Lugar del parto: 1=Institucional 2=Domiciliario 3=Desconocido 4=Otro 31.1 Especificar: _____ 31.2 Personal que atendió el parto: 1=Médico 2=Obstetra (Lic. / Tec.) 3=Otro tipo personal de salud 4=Partera empírica 5= Familiar 6=Otro 7=Desconocido 31.3 Fecha: ____/____/____
32. Cordón umbilical recibió tratamiento 1=Si 2=No 99=Desconocido 32.1 Describir: _____
33. Condiciones higiénicas del parto y tipo de instrumental para cortar el cordón umbilical (describir): _____
34. Medidas higiénicas adoptadas por el paciente (describir):
34.1 Hospitalarias: _____
34.2 Domiciliarias: _____
35. Factores de riesgo: _____

F) CLASIFICACIÓN FINAL

36. Clasificación final: 1=Confirmado 2=Descartado 37. Fecha de clasificación final: ____/____/____
38. Nombre del profesional responsable de la atención: _____ 38.1 Reg. Prof. N°: _____