

FICHA DE NOTIFICACIÓN
TETANOS EN OTRAS EDADES

Caso sospechoso: Toda persona que presente contracciones musculares dolorosas, espasmos generalizados, trismus, opistótonos, no explicables por otras causas.

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: _____ Tel. o cel. Nº: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de captación: ____/____/____ Fecha de notificación: ____/____/____
 Cómo conoció el caso: Consulta: _____ Laboratorio: _____ B.A. Institucional: _____ B.A. Comunitaria: _____ Rumores: _____ Otros: _____

2) DATOS DEL PACIENTE
2.1) DATOS PERSONALES

CI N° o Código: _____ Nombre y apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M Nacionalidad: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: Urbana Rural Comunidad Si indigena No Etnia: _____

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: _____ Ocupación: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: _____

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Si No
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) _____ Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) PENTAVALENTE
 DPT-Tdpa: N° de dosis: ____
 Td-TD

4) DATOS CLÍNICOS

Forma clínica:	Manifestaciones clínicas	Complicaciones
Generalizada <input type="checkbox"/>	Espasmos musculares <input type="checkbox"/>	Disfunción respiratoria <input type="checkbox"/>
Localizada <input type="checkbox"/>	Trismus <input type="checkbox"/>	Crisis hipertensiva <input type="checkbox"/>
Cefálica <input type="checkbox"/>	Opistótonos <input type="checkbox"/>	Hemorragia intracraneal <input type="checkbox"/>
	Otros: _____	Otros: _____

Fecha de inicio de síntomas ____/____/____

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento: _____ Fecha de admisión: ____/____/____
 Medicación recibida: _____ IG Tetánica Dosis: _____ Fecha de inicio ____/____/____
 Defunción: _____ Causa básica de defunción: _____ Fecha de defunción: ____/____/____

6) ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD

Circunstancias del evento
 Herida causada por (describir el evento): Animales: _____ Objetos: _____
 Otros: (espinas, instrumentos quirúrgicos, jeringas, etc.): _____
 Posible fuente de infección (describir): _____
 Medidas higiénicas adoptadas por el paciente (describir): Domiciliarias: _____
 Hospitalarias: _____
 Antecedentes patológicos personales: _____
 Factores de riesgo: _____

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final Confirmado Descartado Fecha de clasificación: ____/____/____