Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE TETANOS OTRAS EDADES

TO

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 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 los síntomas _____/_____/_____

Trismo	Si ☐	No ☐	N/S ☐	Fecha de inicio _____/_____/_____
Rigidez corporal	Si ☐	No ☐	N/S ☐	Fecha de inicio _____/_____/_____
Convulsiones	Si ☐	No ☐	N/S ☐	Fecha de inicio _____/_____/_____
Contracciones espásticas	Si ☐	No ☐	N/S ☐	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 antidiftérico (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