



TETANOS
FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

FECHA

CASO N°

CASO CONFIRMADO: Cuadro de inicio agudo caracterizado por hipertonía caracterizado por hipertonía y/o Contracciones musculares dolorosas (generalmente en los músculos y del cuello) y espasmos Musculares generalizados.

Fecha conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA
--------------------------	---	--	---

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS _____ DNI _____
 FECHA DE NACIMIENTO EDAD: AÑOS MESES SEXO: M F
 DOMICILIO CON REFERENCIAS _____ TELEFONO _____
 LOCALIDAD _____ DISTRITO _____
 PROVINCIA _____ DIRECCION DE SALUD _____

II. FUENTE DE NOTIFICACION

1. TIPO	<input type="checkbox"/>	2. INSTITUCION INFORMANTE	<input type="checkbox"/>
NOTIFICACION INMEDIATA	<input type="checkbox"/>	MINSA	<input type="checkbox"/>
BUSQUEDA ACTIVA	<input type="checkbox"/>	ESSALUD	<input type="checkbox"/>
HIS MIS (otros)	<input type="checkbox"/>	SANIDAD FF.AA.	<input type="checkbox"/>
3. FUENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICO	<input type="checkbox"/>	ENFERMERA	<input type="checkbox"/>
		TECNICO SANITARIO	<input type="checkbox"/>
		OTRO	_____

TRABAJADOR DE SALUD QUE HACE EL DIAGNOSTICO INICIAL _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA _____

III. INFORMACION CLINICA

1.FECHA DE INICIO DE LESION ____/____/____ NO RECUERDA DIA ()
 2.FECHA DE INICIO DE SINTOMAS ____/____/____

3.HERIDA: UNICA () MULTIPLE ()
 TIPO SUPERFICIAL () PROFUNDA ()

CAUSA DE HERIDA _____

LUGAR DE LA HERIDA _____

SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	IGN	COMPLICACIONES
-------------------	----	----	-----	----------------

FIEBRE	()	()	()
TRISMUS (NO SUCCIONA)	()	()	()
RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	()	()	()
CONVULSIONES (Espasmos)	()	()	()
OPISTOTONOS (Columna Arquea)	()	()	()
ONFALITIS (Ombligo Infectado)	()	()	()
ICTERICIA (Piel Amarilla)	()	()	()

ATENCION

PACIENTE ATENDIDO POR

MEDICO ENFERMERA TECNICO SANITARIO OTRO _____

HOSPITALIZADO: SI ____ NO ____

FECHA HOSPITALIZACION

HOSPITAL O C. SALUD _____

N° H. CLINICA _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACION _____

DIAS _____

CONDICIONES DE ALTA

FECHA DE ALTA ____/____/____

FALLECIDO SI () NO () IGNORADO () FECHA DE DEFUNCION ()

IV. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCION:

DISTRITO _____

DIRECCION N° _____

(especificar localidad)

VACUNAS CON TOXOIDE TETANICO

DOCUMENTADO POR CARNET SI NO

FECHA DOSIS 1D 2D 3D

4D 5D

FECHA ULTIMA DOSIS

--	--	--

V. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONFIRMADO DESCARTADO

VI. INVESTIGADOR DE CAMPO

FECHA

--	--	--

CARGO _____ TELEFONO _____

ESTABLECIMIENTO _____

FIRMA Y SELLO