



**Definición de caso**

**Caso Sospechoso:** Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea, nacarada, adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla y fiebre baja.

**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 síntomas. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Amigdalitis  Membrana  Laringitis   
 Faringitis  Temperatura \_\_\_\_\_°C  Adenopatías

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Posible fuente de infección: (10 días previos a los primeros síntomas): \_\_\_\_\_  
 ¿Dónde Residió? (Lugar) \_\_\_\_\_  
 ¿Viajó? Si  No  Lugar. \_\_\_\_\_  
 ¿Estuvo en contacto con un caso de difteria?: Si  No  N/S   
 ¿Otro/s caso/s de difteria en la zona? : Si  No  N/S   
 Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si  No   
 Número de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de extracción de muestra. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Tipo de Muestra: Hisopado  Membrana   
 Terapia antibiótica previa Si  No  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Laboratorio regional Si  No  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Laboratorio referencia Si  No  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

Vacunación de bloqueo: Si  No  N° dosis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Profilaxis antibiótica : Si  No

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Se ignora  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Requirió antitoxinas: : Si  No   
Recuperado ad integrum  Alta con secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Desconocido   
Causa fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico