



**Definición de caso**

**Caso sospechoso:** Todo recién nacido que durante los dos primeros días de vida haya succionado y llorado normalmente y que a partir del tercer día presenta algún signo o síntoma compatible con tétanos. El período de incubación es comúnmente de 7 días, variando entre 3-28 días..

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ¿Succionaba y lloraba normalmente al nacer? Si  No  N/S   
 Ombligo infectado Si  No   
 Peso al nacer (u hospitalización) \_\_\_\_\_ gramos  
 Temperatura \_\_\_\_\_ °C Temperatura. Máxima \_\_\_\_\_ °C Temperatura. Mínima \_\_\_\_\_ °C  
 Trismo (incapacidad para succionar) Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Rigidez corporal Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Espasmos musculares Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Ictericia Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Apellido y Nombres de la Madre \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Tel/Fax \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ años N° de embarazos: \_\_\_\_\_ N° de partos: \_\_\_\_\_ N° de hijos vivos: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes de vacunación, toxoide antitetánico (antitetánica o doble bacteriana) Si  No  N/S   
 Número de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Número de consultas prenatales: \_\_\_\_\_ Lugar de atención prenatal: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Agente que asistió el parto: Médico  Enfermera  Partera  Matrona  Familiar  Otro



**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de extracción de muestra. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

CPK

Aldolasa:

Leucocitos

Cultivo de C. Tetani

**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

Investigación de caso. Si el caso identifica un área geográfica que notifica un alta incidencia de TNN comparada con la media nacional en cualquiera de los tres (3) años anteriores (es decir, una tasa igual o mayor a 1 por 1000 nacidos vivos), o si se trata de una zona que no tiene una vigilancia adecuada (silenciosa) se vacunará y completará un esquema de 5 dosis a todas las mujeres en edad fértil

Estrategia de vacunación (mujeres en edad fértil, embarazadas) junto al mejoramiento de la atención obstétrica aumentando la proporción de partos atendidos por personas expertas.

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gamaglobulina

Recuperación ad integrum  Secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Desconocido

**Clasificación Final** Caso confirmado

Caso descartado

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

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico