



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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	____/____/____
Rigidez corporal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	____/____/____
Convulsiones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio	____/____/____
Contracciones espásticas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	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