



# TETANOS NEONATAL

## FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

CASO N°.....

**CASO CONFIRMADO:** Niño menor de 28 días de edad, succión y llanto normal durante los primeros días de vida, enfermedad se inicia entre el 3° y el 28° día de vida, dificultad para mamar y llanto con la boca cerrada, rigidez muscular o contraindicaciones generalizadas repetitivas que aumentan con estímulos: luz, contacto y ruidos.

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

### I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA \_\_\_\_\_ RED \_\_\_\_\_ Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_

Captación del caso: Notificación regular \_\_\_\_\_ Búsqueda activa \_\_\_\_\_ Defunción \_\_\_\_\_

### II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos Paterno \_\_\_\_\_ Apellidos materno: \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Años / Meses Teléf. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc.) \_\_\_\_\_

### III. INFORMACION CLINICA

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SUCCION NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA SI ( ) NO ( )  
 LLANTO NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA SI ( ) NO ( )

SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	COMPLICACIONES
FIEBRE	_____	_____	_____
TRISMUS (NO SUCCIONA)	_____	_____	_____
RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	_____	_____	_____
CONVULSIONES (Espasmos)	_____	_____	_____
OPISTOTONOS (Columna Arquea)	_____	_____	_____
ONFALITIS (Omblogo 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 \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE ALTA \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FALLECIDO SI NO FECHA DE DEFUNCION \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Nº DE EMBARAZOS \_\_\_\_\_ Nº PARTOS \_\_\_\_\_ Nº HIJOS FALLECIDOS ANTES DE CUMPLIR 28 DIAS \_\_\_\_\_

FECHA ULTIMO PARTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

GRADO DE INSTRUCCIÓN: ANALFABETA \_\_\_\_\_ PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_ SUPERIOR \_\_\_\_\_

Nº DE CONSULTAS PRENATALES \_\_\_\_\_

#### ATENCION DEL PARTO

MEDICO \_\_\_\_\_ OBSTETRIZ \_\_\_\_\_ ENFERMERA \_\_\_\_\_ TECNICO SANITARIO \_\_\_\_\_ PARTERA \_\_\_\_\_

OTRO (Especificar) \_\_\_\_\_

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA CORTAR EL CORDON UMBILICAL \_\_\_\_\_

INDIQUE EL TRATAMIENTO APLICADO AL MUÑON UMBILICAL EN EL DOMICILIO \_\_\_\_\_

#### LUGAR DEL PARTO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD \_\_\_\_\_

#### VACUNAS CON TOXOIDE TETANICO

DOCUMENTO CON CARNET SI NO

DOSIS IA \_\_\_\_\_ 2 A \_\_\_\_\_ 3 A \_\_\_\_\_ 4 A \_\_\_\_\_ 5 A \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ULTIMA DOSIS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA \_\_\_\_\_

#### V. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONFIRMADO \_\_\_\_\_ DESCARTADO \_\_\_\_\_

INVESTIGADOR DE CAMPO

CARGO \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO