



 PERÚ Ministerio de Salud	Dirección General de Epidemiología	 HOSPITAL REGIONAL HUACHO	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 3º y el 28º 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 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / _____ </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI () </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO () </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> SUCCION NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA LLANTO NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI () </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO () </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SINTOMAS Y SIGNOS </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FIEBRE </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> TRISMUS (NO SUCCIONA) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> CONVULSIONES (Espasmos) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> OPISTOTONOS (Columna Arquea) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> ONFALITIS (Ombligo Infectado) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> ICTERICIA (Piel Amarilla) </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> SI _____ </td> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> NO _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> COMPLICACIONES </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> ATENCION </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> PACIENTE ATENDIDO POR </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> MEDICO () </td> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> ENFERMERA () </td> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> TECNICO SANITARIO () </td> <td style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> OTRO () </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> HOSPITALIZADO: SI () NO () </td> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FECHA HOSPITALIZACION _____ / _____ / _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> HOSPITAL O C. SALUD _____ </td> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> N° H. CLINICA _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> CONDICIONES DE ALTA _____ </td> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FECHA DE ALTA _____ / _____ / _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FALLECIDO SI NO </td> <td colspan="2" style="text-align: left; padding-bottom: 5px;"> FECHA DE DEFUNCION _____ / _____ / _____ </td> </tr> </table>						FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / _____	SI ()	NO ()	SUCCION NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA LLANTO NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA	SI ()	NO ()	SINTOMAS Y SIGNOS			FIEBRE	SI _____	NO _____	TRISMUS (NO SUCCIONA)	SI _____	NO _____	RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	SI _____	NO _____	CONVULSIONES (Espasmos)	SI _____	NO _____	OPISTOTONOS (Columna Arquea)	SI _____	NO _____	ONFALITIS (Ombligo Infectado)	SI _____	NO _____	ICTERICIA (Piel Amarilla)	SI _____	NO _____	COMPLICACIONES			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 _____ / _____ / _____	
FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / _____	SI ()	NO ()																																																														
SUCCION NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA LLANTO NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA	SI ()	NO ()																																																														
SINTOMAS Y SIGNOS																																																																
FIEBRE	SI _____	NO _____																																																														
TRISMUS (NO SUCCIONA)	SI _____	NO _____																																																														
RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	SI _____	NO _____																																																														
CONVULSIONES (Espasmos)	SI _____	NO _____																																																														
OPISTOTONOS (Columna Arquea)	SI _____	NO _____																																																														
ONFALITIS (Ombligo Infectado)	SI _____	NO _____																																																														
ICTERICIA (Piel Amarilla)	SI _____	NO _____																																																														
COMPLICACIONES																																																																
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 _____

Dirección General de Epidemiología (DGE) – Ministerio de Salud

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 6314500

CA. Daniel Olaechea N° 199, Jesús María - Lima 11