

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología	 TETANOS FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA	 FECHA CASO N°																																									
CASO CONFIRMADO: Cuadro de inicio agudo caracterizado por hipertonía caracterizado por hipertonía y/o Contracciones musculares dolorosas (generalmente en los músculos y del cuello) y espasmos Musculares generalizados.																																											
Fecha conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA																																								
I. DATOS DEL PACIENTE NOMBRE Y APELLIDOS _____ DNI _____ FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EDAD: AÑOS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DOMICILIO CON REFERENCIAS _____ TELEFONO _____ LOCALIDAD _____ DISTRITO _____ PROVINCIA _____ DIRECCION DE SALUD _____																																											
II. FUENTE DE NOTIFICACION <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 1. TIPO NOTIFICACION INMEDIATA <input type="checkbox"/> BUSQUEDA ACTIVA <input type="checkbox"/> HIS MIS (otros) <input type="checkbox"/> 3. FUENTE MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> TECNICO SANITARIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> 2. INSTITUCION INFORMANTE MINSA <input type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> SANIDAD FF.AA. <input type="checkbox"/> </div> </div> TRABAJADOR DE SALUD QUE HACE EL DIAGNOSTICO INICIAL _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA _____																																											
III. INFORMACION CLINICA <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> 1. FECHA DE INICIO DE LESION _____ / ____ / ____ 2. FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / ____ / ____ 3. HERIDA: UNICA () MULTIPLE () TIPO SUPERFICIAL () PROFUNDA () CAUSA DE HERIDA _____ LUGAR DE LA HERIDA _____ </div> <div style="width: 35%;"> NO RECUERDA DIA () </div> </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">SINTOMAS Y SIGNOS</th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">IGN</th> <th style="text-align: left;">COMPLICACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FIEBRE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRISMUS (NO SUCCIONA)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES (Espasmos)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OPISTOTONOS (Columna Arquea)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ONFALITIS (Omblico Infectado)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ICTERICIA (Piel Amarilla)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ATENCION PACIENTE ATENDIDO POR MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> TECNICO SANITARIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> HOSPITALIZADO: SI _____ NO _____ HOSPITAL O C. SALUD _____ TIEMPO DE HOSPITALIZACION _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> FECHA HOSPITALIZACION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N° H. CLINICA _____ DIAS _____ </div> </div>				SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	IGN	COMPLICACIONES	FIEBRE					TRISMUS (NO SUCCIONA)	()	()	()		RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	()	()	()		CONVULSIONES (Espasmos)	()	()	()		OPISTOTONOS (Columna Arquea)	()	()	()		ONFALITIS (Omblico Infectado)	()	()	()		ICTERICIA (Piel Amarilla)	()	()	()	
SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	IGN	COMPLICACIONES																																							
FIEBRE																																											
TRISMUS (NO SUCCIONA)	()	()	()																																								
RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	()	()	()																																								
CONVULSIONES (Espasmos)	()	()	()																																								
OPISTOTONOS (Columna Arquea)	()	()	()																																								
ONFALITIS (Omblico Infectado)	()	()	()																																								
ICTERICIA (Piel Amarilla)	()	()	()																																								

CONDICIONES DE ALTA

FECHA DE ALTA ____/____/____

FALLECIDO

SI ()

NO ()

IGNORADO()

FECHA DE DEFUNCION()

IV. ANTECEDENTE EPIDEMIOLOGICO _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCION:

DISTRITO _____

DIRECCION N° _____

(especificar localidad)

VACUNAS CON TOXOIDE TETANICO

DOCUMENTADO POR CARNET

SI

☐

NO

☐

FECHA DOSIS

1D

☐

2D

☐

3D

☐

4D

☐

5D

☐

FECHA ULTIMA DOSIS

--	--	--

V. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONFIRMADO

☐

DESCARTADO

☐

VI. INVESTIGADOR DE CAMPO

FECHA

--	--	--

CARGO _____ TELEFONO _____

ESTABLECIMIENTO _____

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