

PERÚ
Ministerio
de SaludDirección General
de EpidemiologíaTETANOS
FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

FECHA

CASO N°.....

CASO CONFIRMADO: Cuadro de inicio agudo caracterizado por hipertonia caracterizado por hipertonia 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

--	--	--

 EDAD: AÑOS

--

 MESES

--

 SEXO: M

--

 F

--

DOMICILIO CON REFERENCIAS _____ TELEFONO _____

LOCALIDAD _____ DISTRITO _____

PROVINCIA _____ DIRECCION DE SALUD _____

II. FUENTE DE NOTIFICACION**1. TIPO**

NOTIFICACION INMEDIATA

BUSQUEDA ACTIVA

HIS MIS (otros)

2. INSTITUCION INFORMANTEMINSA
ESSALUD
SANIDAD FF.AA.

3. FUENTE

MEDICO

ENFERMERA

TECNICO SANITARIO

OTRO _____

TRABAJADOR DE SALUD QUE HACE EL DIAGNOSTICO INICIAL

ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE NOTIFICA _____

III. INFORMACION CLINICA

1.FECHA DE INICIO DE LESION _____ / _____ / _____

NO RECUERDA DIA ()

2.FECHA DE INICIO DE SINTOMAS _____ / _____ / _____

3.HERIDA: UNICA ()
TIPO SUPERFICIAL () MULTIPLE ()
PROFUNDA()

CAUSA DE HERIDA _____

LUGAR DE LA HERIDA _____

SINTOMAS Y SIGNOS SI NO IGN COMPLICACIONES

FIEBRETRISMUS (NO SUCCIONA) () () ()
RISA SARDONICA (Contracción) () () ()
De los músculos de la cara) () () ()
CONVULSIONES (Espasmos) () () ()
OPISTOTONOS (Columna Arquea) () () ()
ONFALITIS (Ombligo Infectado) () () ()
ICTERICIA (Piel Amarilla) () () ()**ATENCION****PACIENTE ATENDIDO POR**

MEDICO

ENFERMERA

TECNICO SANITARIO

OTRO _____

HOSPITALIZADO: SI _____ NO _____

FECHA HOSPITALIZACION

--	--	--

HOSPITAL O C. SALUD

Nº H. CLINICA _____

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DIAS _____

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 TOXOID 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