


|  | PERÚ Ministerio de Salud | Dirección General de Epidemiología | <h2 style="margin: 0;">TETANOS NEONATAL</h2> <h3 style="margin: 0;">FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA</h3> | 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 Telef. _____ 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() <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: left;">COMPLICACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FIEBRE</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td style="text-align: center;">___</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>TRISMUS (NO SUCCIONA)</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>_____</td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES (Espasmos)</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>_____</td> </tr> <tr> <td>ONFALITIS (Ombliigo Infectado)</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>_____</td> </tr> </tbody> </table> 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 ___/___/___ | | | | | 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 (Ombliigo Infectado) | ___ | ___ | _____ | ICTERICIA (Piel Amarilla) | ___ | ___ | _____ |
| 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 (Ombliigo Infectado) | ___ | ___ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICTERICIA (Piel Amarilla) | ___ | ___ | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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