

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

FICHA EPIDEMIOLÓGICA
SOSPECHOSO DE DIFTERIA

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad que presente enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis acompañada de membrana no fácilmente desprendible en úvula, amígdalas, paladar blando, laringe o nariz.

CASO N° _____ SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N° _____ PROCEDENCIA: Urbana _____ Rural _____

DEPARTAMENTO: _____ DAS _____ MUNICIPIO: _____
Localidad: _____

A. Información general del caso:

Nombre paciente: _____ Edad: _____ años _____ meses _____ Días _____ Género: Masc. _____ Fem. _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nombre de la madre, padre o encargado: _____
Dirección: _____

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de captación ____/____/____ Fecha de inicio de la investigación ____/____/____

Fuente de notificación: Público _____ Privado _____ Laboratorio _____ Comunidad _____ Búsqueda Activa _____ Defunción _____ Otros _____

Fecha de conocimiento del caso: _____ Nivel local: ____/____/____ Área de Salud: ____/____/____ CNE: ____/____/____

B. Antecedentes de vacunación:

Vacuna DPT/Penta documentada: en carné: _____ en cuadernillo: _____
Fecha 1ª dosis ____/____/____ Fecha 2ª. Dosis ____/____/____ Fecha 3ª dosis: ____/____/____
Fecha de 1º refuerzo: ____/____/____ Fecha 2º refuerzo: ____/____/____
Observaciones (si se perdió el carné, anotar información verbal de la madre del N° de dosis): _____

C. Hospitalización: SI _____ NO _____

Fecha de ingreso al hospital: ____/____/____ Nombre del hospital: _____ N° registro médico: _____
Condiciones de egreso: Vivo _____ Mejorado _____ Grave _____ Muerto _____ Fecha de egreso o defunción: ____/____/____
Complicaciones: _____

Tratamiento con antibióticos: SI _____ NO _____

Nombre del antibiótico: _____ Fecha de inicio del tratamiento: ____/____/____

D. Síntomas y signos: Fecha de inicio: ____/____/____

	SI	NO	Se desconoce
Fiebre			
Placas pseudo membranosas			
Invasión de otras áreas			
Aritmias cardiacas			
Edema de úvula			
Parálisis u otros signos neurológicos			
Otros signos (especifique):			

E. Datos de laboratorio:

Recolección de muestra para cultivo antes de iniciar tratamiento: SI _____ NO _____
Fecha de recolección ____/____/____
Fecha de envío al laboratorio ____/____/____
Resultado: Positivo _____ Negativo _____
Fecha de resultado ____/____/____

F. Fuente probable de infección:

Hay otros casos sospechosos o confirmados en la localidad relacionados con éste caso? SI _____ NO _____
Visitas recibidas en su casa 1 semana antes del inicio de los síntomas? SI _____ NO _____ De dónde? _____
Viajes realizados 1 semana antes del inicio de los síntomas? SI _____ NO _____ A qué lugar? _____

Contactos íntimos (obtener muestras para cultivo)

Nombre	Parentesco	Edad	Presencia de síntomas	Fecha toma de muestra	Resultado	Fecha resultado

G. Evolución del caso:

Defunción SI _____ NO _____ Fecha ____/____/____ Clasificación final del caso: _____ Fecha: ____/____/____

Confirmado por: Laboratorio: _____ Nexo epidemiológico: _____ Compatible: _____ Descartado: _____
Nombre del investigador: _____ Teléfono: _____ Cargo: _____
Clasificado Por: _____
Nombre: _____ Cargo: _____
Observaciones: _____



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA

FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE CASO SOSPECHOSO DE DIFTERIA

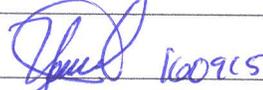
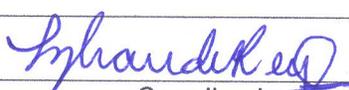
EN VIGOR

CANCELA Y SUSTITUYE

Código:	UCRF067	Código:		PÁGINA 1 de 1
No. Revisión:	0	No. Revisión:		
Elaborado por:	C.N.E.	Elaborado por:		

L.N.S.

Empty space for the epidemiological case report, marked with a diagonal line from the top-left to the bottom-right corner.

 Supervisora de UCRB	 Coordinadora Administrativa de UGC	
Firma y Fecha	Firma y Fecha 16/09/15	01/10/15
REVISADO	APROBADO	FECHA DE EMISIÓN