

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Centro Nacional de Epidemiología

FICHA EPIDEMIOLÓGICA
DE CASO DE TETANOS NEONATAL

Caso sospechoso: cualquier recién nacido que entre el 3er y 28 días de vida presente uno o más de los siguientes signos: incapacidad para alimentarse, convulsiones, trismos, llanto persistente, irritabilidad; o toda muerte neonatal ocurrida en ese periodo por causa desconocida o diagnóstico dudoso.

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

DEPARTAMENTO: _____ DAS: _____ MUNICIPIO: _____ Localidad: _____

A. Información general del caso:

Nombre paciente: _____ Edad: _____ días _____ horas Género: Masc. _____ Fem. _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Domicilio habitual: _____

Domicilio temporal: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre, padre o encargado: _____

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

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

B. Datos del parto:

- Lugar de atención del parto:
Hospital _____ Centro de Salud _____ Centro privado _____ Domicilio _____ Otros (especifique) _____
- Persona que atendió el parto:
Médico _____ Enfermera _____ Comadrona adiestrada _____ Comadrona no adiestrada _____ Sin atención _____
Otro (especifique) _____ Peso al nacer: _____ A término _____ Prematuro _____
- Instrumento utilizado para cortar el cordón umbilical:
Tijera _____ Hoja de afeitar _____ Machete _____ Cuchillo _____ Otro (especifique) _____
- Estado higiénico del instrumento utilizado:
Esterilizado _____ Lavado _____ Quemado _____ Sucio _____ Ignorado _____ Otro (especifique) _____
- Manejo del cordón umbilical:
Se aplicó algún material en el muñón umbilical? SI _____ NO _____ Que material se aplicó? _____

C. Datos clínicos:

- Días que el niño/a recibió lactancia: _____
- Fecha de último día que recibió lactancia:
____/____/____
- Signos clínicos que presentó el niño/a:
Llanto _____ Fiebre _____ Convulsiones _____ Onfalitis _____
Trismos _____ Opistótonos _____ Risa sardónica _____

D. Datos de atención hospitalaria:

Recibió atención hospitalaria SI _____ NO _____
Nombre del hospital: _____
N° historia clínica: _____ Fecha de ingreso ____/____/____
Fecha de egreso ____/____/____
Condiciones de egreso: Vivo _____ Muerto _____

E. Datos de la madre:

Edad: _____ N° embarazos: _____ N° de partos _____ N° de hijos _____ a) Vivos: _____ Muertos: _____
Causa _____
Control prenatal: SI _____ NO _____ Ignorado _____ N° de controles _____
Lugar donde tuvo control prenatal: Servicio de salud público _____ Clínica privada _____ Otro (especifique) _____
El control prenatal fue realizado por: Médico _____ Enfermera _____ Comadrona _____
Antecedente de vacunación con Td documentado: en carné _____ en formulario SIGSA 5b _____ N° de dosis _____
Fecha de administración: 1ª dosis ____/____/____ 2ª dosis ____/____/____ 3ª dosis ____/____/____ Refuerzo ____/____/____

F. Otros datos importantes:

- Evolución del caso: Falleció: SI _____ NO _____ Fecha de defunción ____/____/____
- Clasificación del caso: a) Confirmado _____ b) Descartado _____ Fecha de clasificación final ____/____/____
- Diagnóstico final: _____

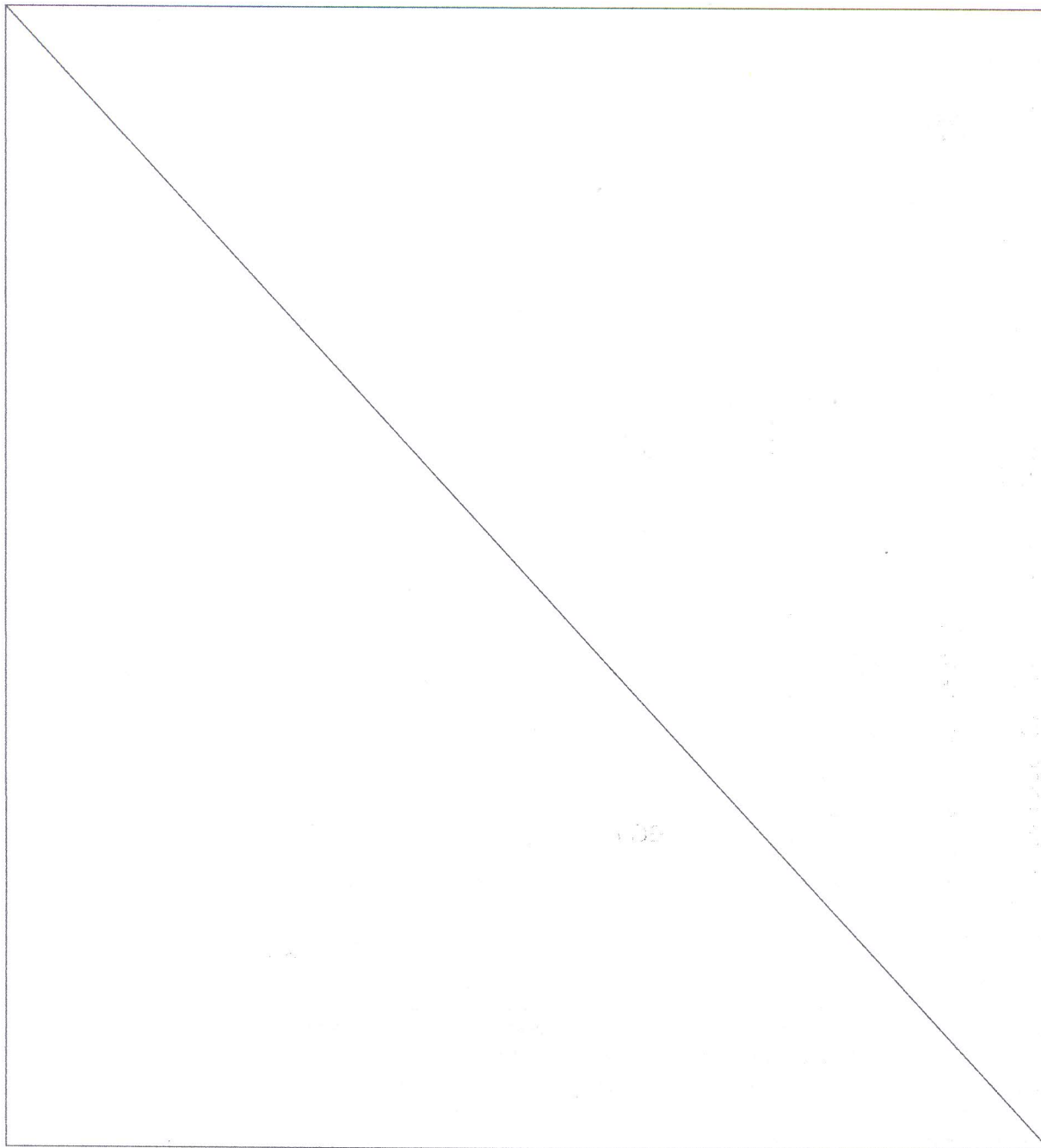
Nombre Investigador: _____ Teléfono: _____ Cargo: _____

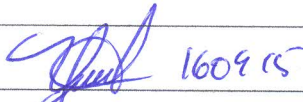

Observaciones: _____



L.N.S.

| | | | | |
|--|---------|----------------------------|--|-----------------------------|
| MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD CENTRAL DE REFERENCIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | | | | |
| ÁREA: BACTERIOLOGÍA SECCIÓN BACTERIOLOGÍA | | | | |
| FORMATO: FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE CASO DE TETANOS NEONATAL | | | | |
| EN VIGOR | | CANCELA Y SUSTITUYE | | PÁGINA 1 de 1 |
| Código: | UCRF069 | Código: | | |
| No. Revisión: | 0 | No. Revisión: | | |
| Elaborado por: | C.N.E. | Elaborado por: | | |



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