

**Definición de caso**

**Caso sospechoso:** Todo paciente, cualquiera sea su edad, que reúna los criterios clínicos de espasmos localizados o generalizados a predominio cefálico, graves o que puedan ser agravados por estímulos externos, sin ninguna otra causa médica aparente, con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

**1. DATOS DEL DECLARANTE**

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: : \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o vecino: \_\_\_\_\_  
 Referencia de ubicación domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural  Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**3. DATOS CLINICOS**

Fecha de Inicio de los síntomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Trismo Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Rigidez corporal Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Convulsiones Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Contracciones espásticas Si  No  N/S  Fecha de inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

Antecedentes de heridas, abscesos, úlceras de decúbito, gangrenas, abortos, quemaduras, infecciones del oído medio, cirugías, inyecciones de drogas ilícitas contaminadas) Si  No  N/S   
 Fecha de herida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si  No  N/S   
 Número de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. EXAMENES DE LABORATORIO**

Fecha de extracción de muestra. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

CPK	Aldolasa:
Leucocitos	Cultivo de C. Tetani



**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN**

Control de carnet	Monitoreo de coberturas en terreno	Coberturas administrativas	Tratamiento de heridas
-------------------	------------------------------------	----------------------------	------------------------

**7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO**

Paciente Hospitalizado: Si  No  Fecha hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Antitoxina Si  No  Gamaglobulina Si  No   
Recuperación ad integrum  Secuelas  Fallecido  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Desconocido   
**Clasificación Final** Caso confirmado   
Caso descartado

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico