

**FICHA DE NOTIFICACIÓN**
**DIFTERIA**
**Caso sospechoso: Toda persona que presente laringitis, faringitis o amigdalitis y placas o membranas adheridas a la cavidad bucal y vías respiratorias**
**1) DATOS DEL NOTIFICADOR**

 Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. o cel. N°: \_\_\_\_\_  
 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cómo conoció el caso: Consulta: \_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_ B.A. Institucional: \_\_\_\_\_ B.A. Comunitaria: \_\_\_\_\_ Rumores: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**2) DATOS DEL PACIENTE**
**2.1) DATOS PERSONALES**

 CI N° o Código: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Nacionalidad: \_\_\_\_\_

**2.2) DATOS DE RESIDENCIA**

 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Barrio o compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Referencia: \_\_\_\_\_  
 Localidad: Urbana  Rural  Comunidad indígena Si  No  Etnia: \_\_\_\_\_

**2.3) DATOS GENERALES**

 Número de teléfono o celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: \_\_\_\_\_

**3) DATOS DE VACUNACIÓN**

 Antecedentes de vacunación del caso: Si  No   
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) 1.Pentavalente\_\_ 2.DPT-  
 DTaP\_\_ 3.Td - N° de dosis: \_\_\_\_\_  
 TD\_\_

**4) DATOS CLÍNICOS**
**Signos y síntomas**

 Faringitis   
 Laringitis   
 Membranas   
 Amigdalitis   
 Placas   
 Otros 
**Complicaciones: marcar según corresponda**
 Insuficiencia respiratoria  
 Miocarditis  
 Polineuritis  
 Insuficiencia renal  
 Otras: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN**

 Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Medicación recibida: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Defunción: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

 Hubo contacto con otro caso confirmado de difteria dentro de los últimos 7 días? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hubo algún caso sospechoso de difteria en los últimos 7 días en la comunidad? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Viajó durante los 7-20 días previos al inicio de los síntomas? SI  NO  Dónde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha de intervención comunitaria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7) DATOS DE LABORATORIO**

N° de muestras	Tipo de muestras*	Fecha toma de muestra	Nombre del Laboratorio	Fecha de envío al Laboratorio	Fecha de recepción	I.D. de muestra en Laboratorio	Tipo de Prueba**	Resultado ***	Toxigenicidad ****	Fecha de Resultado
1° muestra										
2° muestra										

\*1.Hisopado faríngeo

\*\*1.Cultivo 2.PCR convencional para especie 3.PCR en Tiempo Real

\*\*\*0.Negativo 1.Positivo 2.Muestra inadecuada 3.Indeterminada 99.Desconocido (no hay resultado disponible)

\*\*\*\*1.Prueba de Elek 2.PCR Convencional

**7) CLASIFICACIÓN FINAL**

 Clasificación final:  1-Confirmado por laboratorio  
 2-Confirmado por nexos epidemiológico  
 3-Probable por clínica  
 4-Descartado  
 Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_