

FICHA DE NOTIFICACIÓN
TETANOS NEONATAL

Caso sospechoso: Todo recién nacido que se alimentó y lloró normalmente los primeros 2 días de vida y al tercer día (3 a 28 días) presenta Rechazo a la alimentación, espasmos musculares, trismus (dificultad de agarrar y chupar el pezón) y rigidez. Todo recién nacido que muera entre los 3 a 28 días después del nacimiento por causas desconocidas o no se haya investigado adecuadamente

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 Comunidad Si
 Rural indígena No Etnia: _____

2.3) DATOS GENERALES

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

3) ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Embarazos previos: _____ Partos previos: _____ Control PN: N° controles: _____ Establecimiento: _____
 Antecedente de vacunación Si No Tipo de vacuna 1- DPT/dPA
 2- Td-TD

4) DATOS CLÍNICOS
Signos y síntomas

Mamó y lloró los primeros días de vida Espasmos musculares Fecha: ____/____/____
 Trismus Fecha: ____/____/____ Opistótonos Fecha: ____/____/____
 Fiebre Fecha: ____/____/____ Convulsiones Fecha: ____/____/____
 Rigidez muscular Fecha: ____/____/____ Otros: _____
 Fecha de investigación: ____/____/____

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento: _____ Fecha de admisión: ____/____/____
 Medicación recibida: _____ Dosis: _____ Fecha de inicio: _____
 IG Tetánica: Dosis: _____ Fecha: ____/____/____
 Defunción: _____ Fecha de defunción: ____/____/____

6) ANTECEDENTE DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Lugar del parto (Especificar): _____ Personal que atendió el parto (Especificar): _____ Fecha: ____/____/____
 Cordon umbilical recibió tratamiento Si No Describir: _____
 Condiciones higiénicas del parto y tipo de instrumental para cortar el cordón umbilical (describir): _____
 Medidas higiénicas adoptadas por el paciente (describir): Hospitalarias _____
 Domiciliarias: _____
 Factores de riesgo _____

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final Fecha de clasificación: ____/____/____
 Confirmado
 Descartado