

CASO CONFIRMADO: Niño menor de 28 días de edad, succión y llanto normal durante los primeros días de vida, enfermedad se inicia entre el 3° y el 28° día de vida, dificultad para mamar y llanto con la boca cerrada, rigidez muscular o contraindicaciones generalizadas repetitivas que aumentan con estímulos: luz, contacto y ruidos.

Fecha de conocimiento local	Fecha de Investigación (visita domiciliaria)	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de Notificación DGE
-----------------------------	---	--	---	---------------------------

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

DISA _____ RED _____ Nombre del establecimiento _____

Captación del caso: Notificación regular _____ Búsqueda activa _____ Defunción _____

II. DATOS DEL PACIENTE

Apellidos Paterno _____ Apellidos materno: _____ Nombres _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad ___ Años / Meses Telef. _____

Departamento _____

Provincia _____

Distrito _____

Localidad _____

Referencia para localizar (Iglesia, fundo, establecimiento comercial, persona, empleador, etc. _____

III. INFORMACION CLINICA

FECHA DE INICIO DE SINTOMAS ___/___/___

SUCCION NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA SI () NO()

LLANTO NORMAL DURANTE LOS 2 PRIMEROS DIAS DE VIDA SI () NO()

SINTOMAS Y SIGNOS	SI	NO	COMPLICACIONES
FIEBRE	___	___	_____
TRISMUS (NO SUCCIONA)	___	___	_____
RISA SARDONICA (Contracción De los músculos de la cara)	___	___	_____
CONVULSIONES (Espasmos)	___	___	_____
OPISTOTONOS (Columna Arquea)	___	___	_____
ONFALITIS (Ombliigo Infectado)	___	___	_____
ICTERICIA (Piel Amarilla)	___	___	_____

ATENCION
PACIENTE ATENDIDO POR

MEDICO () ENFERMERA () TECNICO SANITARIO () OTRO ()

HOSPITALIZADO: SI () NO () FECHA HOSPITALIZACION ___/___/___

HOSPITAL O C. SALUD _____ N° H. CLINICA _____

CONDICIONES DE ALTA _____ FECHA DE ALTA ___/___/___

FALLECIDO SI NO FECHA DE DEFUNCION ___/___/___

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS _____ EDAD _____

Nº DE EMBARAZOS _____ Nº PARTOS _____ Nº HIJOS FALLECIDOS ANTES DE CUMPLIR 28 DIAS _____

FECHA ULTIMO PARTO ____/____/____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: ANALFABETA _____ PRIMARIA _____ SECUNDARIA _____ SUPERIOR _____

Nº DE CONSULTAS PRENATALES _____

ATENCION DEL PARTO

MEDICO _____ OBSTETRIZ _____ ENFERMERA _____ TECNICO SANITARIO _____ PARTERA _____

OTRO (Especificar) _____

INSTRUMENTO UTILIZADO PARA CORTAR EL CORDON UMBILICAL _____

INDIQUE EL TRATAMIENTO APLICADO AL MUÑON UMBILICAL EN EL DOMICILIO _____

LUGAR DEL PARTO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

VACUNAS CON TOXOIDE TETANICO

DOCUMENTO CON CARNET SI NO

DOSIS IA _____ 2 A _____ 3 A _____ 4 A _____ 5 A _____

FECHA DE LA ULTIMA DOSIS ____/____/____

LUGAR DE APLICACIÓN DE LA VACUNA _____

V. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

CONFIRMADO _____ DESCARTADO _____

INVESTIGADOR DE CAMPO

CARGO _____ Teléfono _____

FECHA ____/____/____

FIRMA Y SELLO