



FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS DE DIFTERIA

DF

Definición de caso

Caso Sospechoso: Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea, nacarada, adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla y fiebre baja.

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 síntomas. ____/____/____

Amigdalitis Membrana Laringitis
Faringitis Temperatura ____°C Adenopatías

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección: (10 días previos a los primeros síntomas): _____
¿Dónde Residió? (Lugar) _____
¿Viajó? Si No Lugar. _____
¿Estuvo en contacto con un caso de difteria?: Si No N/S
¿Otro/s caso/s de difteia en la zona? : Si No N/S
Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si No
Número de dosis: _____ Fecha última dosis. ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____/____/____. Tipo de Muestra: Hisopado Membrana
Terapia antibiótica previa Si No Fecha ____/____/____
Laboratorio regional Si No Fecha ____/____/____
Laboratorio referencia Si No Fecha ____/____/____



**FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS
DE DIFTERIA**

DF

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo: Si No N° dosis: _____ Fecha. ____/____/____
Profilaxis antibiótica : Si No

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____
Requirió antitoxinas: Si No
Recuperado ad integrum Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido
Causa fallecimiento: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico