

DEFINICIÓN DE CASO:

Todo recién nacido que durante los dos primeros días de vida succionó y lloró normalmente y que a partir del tercer día, presentó algún signo o síntoma compatible con tétanos: rigidez muscular y dificultad para succionar.

Toda defunción por causa desconocida en recién nacido entre 2 y 28 días de vida.

1) Datos Institución	1.1 Número del caso	1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /	1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /		
	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del municipio	/ /	1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /	/ /		
	1.8 Establecimiento	1.9 Parroquia		1.10 Municipio					
	1.11 Estado	1.12 Fuente del informe						Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
2) Datos del Usuario	2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre		2.4 Segundo nombre				
	2.5 C.I./ pasaporte V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.6 Nacionalidad	2.7 Fecha de nacimiento	/ /	2.8 Edad	2.9 Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
	2.10 Etnia	2.16 Latitud	2.17 Longitud						
3) Datos de Residencia	Dirección de Habitación (residencia):		3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia			
	3.5 Urb./sector/ zona Industrial	3.6 Av./carrera/ calle/esquina/vereda		3.7 Casa/edif./ quinta/galpón		3.8 Piso/ planta/local			
	3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)		3.11 Punto de referencia					
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó			3.13 Nombre de la Madre		3.14 Nombre del Padre			
4)	Otros datos del Recién Nacido		4.2 N° Partida de nacimiento	4.2 N° de certificado					
5) Estado Vacunal de la madre	5.1 Vacunado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	5.2 En que establecimiento de salud fue vacunado						
	5.3 Vacunado con DPT	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.4 N° de dosis recibidas	5.5 Fecha de Última dosis	/ /	5.6 N° de lote			
	5.7 Vacunado con Toxoide Tetánico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.8 N° de dosis recibidas	5.9 Fecha de Última dosis	/ /	5.10 N° de lote			
	5.11 Vacunado con Toxoide Tetánico Diftérico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.12 N° de dosis recibidas	5.13 Fecha de Última dosis	/ /	5.14 N° de lote			
	5.15 Control prenatal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.16 N° de Consultas	5.17 ¿Donde?					
5.18 N° de Gestaciones	5.19 N° de Abortos	5.20 Fuente de información		Carné <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>					
6) Datos del Parto	6.1 Lugar del parto			Hospitalario <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	6.2 Fecha de Parto			/ /	
	6.3 Características del parto		Simple <input type="checkbox"/> Eutocico <input type="checkbox"/> Múltiple <input type="checkbox"/> Distocico <input type="checkbox"/>	6.4 Atendido por					Comadrona <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
	6.5 Objeto utilizado para cortar el cordón		6.6 ¿Esterilizado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.7 Cura del cordón en la casa		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.8 Que sustancia fue usada	
7) Cuadro clínico	7.1 Fecha de hospitalización	/ /	7.2 Nombre del hospital						
	7.3 Fecha de ingreso	/ /	7.4 N° de historia	7.5 Terapia intensiva		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.6 imposibilidad para succión (Trismo)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	7.7 Fecha de inicio	/ /	7.8 Convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.9 Hipertonía generalizada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.10 Opistotonos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	7.11 Fecha de egreso	/ /	7.12 Fallecido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.13 Causa				
	7.14 Necropsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.15 Informe de necropsia						
8) Clas. Final	8.1 Clasificación		Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>	8.2 Confirmado por	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8.3 Fecha		/ /	
	8.4 Dx. de descarte								

9) Observaciones

--

10) Responsable

10.1 Nombre			10.2 Cargo
10.3 Teléfono domicilio	10.4 Teléfono trabajo	10.5 Email institucional	
10.6 Email personal		10.7 Firma	

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

- 1.1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
- 1.2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
- 1.3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
- 1.4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
- 1.5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
- 1.6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
- 1.7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
- 1.8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
- 1.9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
- 1.10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
- 1.11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
- 1.12. *Fuente del informe:* marque en el cuadro correspondiente la fuente de donde se notifica el caso.

2. Datos del Paciente:

- 2.1. *Primer apellido:* escriba el primer apellido del paciente.
- 2.2. *Segundo apellido:* escriba el segundo apellido del paciente.
- 2.3. *Primer nombre:* escriba el primer nombre del paciente.
- 2.4. *Segundo nombre:* escriba el segundo nombre del paciente.
- 2.5. *Ci/Pasaporte:* indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
- 2.6. *Nacionalidad:* escriba la nacionalidad del paciente.
- 2.7. *Fecha de nacimiento:* escriba la fecha de nacimiento del paciente.
- 2.8. *Edad:* escriba la edad del paciente.
- 2.9. *Sexo:* indique el sexo del paciente.
- 2.10. *Etnia:* si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
- 2.11. *Nivel educativo:* marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
- 2.12. *Años aprobados:* si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el número de años aprobados.
- 2.13. *Situación conyugal:* marque en el cuadro correspondiente la *situación conyugal* según sea el caso (S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???)
- 2.14. *Profesión:* escriba la profesión del paciente
- 2.15. *Ocupación:* escriba la ocupación del paciente.
- 2.16. *Latitud:* escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
- 2.17. *Longitud:* escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

3. Datos de Residencia:

- 3.1. *Entidad de residencia:* escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.2. *Municipio de residencia:* escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.3. *Parroquia de residencia:* escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.4. *Localidad de residencia:* escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.5. *Urb/Sector/Zona industrial:* escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.6. *Av/Carrera/Calle/Esquina/Vereda:* escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.7. *Casa/Edif./Quinta/Galpón:* escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.8. *Piso/Planta/Local:* escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
- 3.9. *Teléfono de habitación:* escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
- 3.10. *Teléfono celular:* escriba el número telefónico celular del paciente.
- 3.11. *Punto de referencia:* escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
- 3.12. *Lugar donde el paciente enfermó:* escriba el lugar donde se sospecha que el paciente enfermó.
- 3.13. *Nombre de la madre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
- 3.14. *Nombre del padre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).

4. Otros datos del recién nacido:

- 4.1. *Nº partida de nacimiento:* escriba el número de partida de nacimiento del recién nacido.
- 4.2. *Nº de certificado:* indique el número de certificado de nacimiento.

5. Estado vacunal de la madre:

- 5.1. *Vacunado:* marque en el cuadro correspondiente si la madre ha sido vacunada o no.
- 5.2. *En que establecimiento de salud fue vacunado:* escriba el nombre del establecimiento donde la madre recibió la vacuna.
- 5.3. *Vacunado con DPT:* marque en el cuadro correspondiente si la madre fue vacunada con DPT o no.
- 5.4. *Nº de dosis recibidas:* indique el número de dosis de DPT recibidas.
- 5.5. *Fecha de última dosis:* indique la fecha en la que se aplicó la última dosis.
- 5.6. *Nº de lote:* especifique el número del lote al que pertenece la vacuna aplicada.
- 5.7. *Vacunado con Toxoide Tetánico:* marque en el cuadro correspondiente si la madre fue vacunada con Tt o no.
- 5.8. *Nº de dosis recibidas:* indique el número de dosis de DPT recibidas.
- 5.9. *Fecha de última dosis:* indique la fecha en la que se aplicó la última dosis.
- 5.10. *Nº de lote:* especifique el número del lote al que pertenece la vacuna aplicada.
- 5.11. *Vacunado con Toxoide Tetánico Diftérico:* marque en el cuadro correspondiente si la madre fue vacunada con Td o no.
- 5.12. *Nº de dosis recibidas:* indique el número de dosis de DPT recibidas.
- 5.13. *Fecha de última dosis:* indique la fecha en la que se aplicó la última dosis.
- 5.14. *Nº de lote:* especifique el número del lote al que pertenece la vacuna aplicada.
- 5.15. *Control prenatal:* marque en el cuadro correspondiente si la madre tubo control prenatal o no.
- 5.16. *Nº de consultas:* indique el número de consultas realizadas.
- 5.17. *¿Dónde?:* escriba el nombre del establecimiento de salud donde se realizaron las consultas.
- 5.18. *Nº de gestaciones:* indique el número de gestaciones anteriores que ha tenido la madre.
- 5.19. *Nº de abortos:* indique el número de abortos que ha tenido anteriormente.
- 5.20. *Fuente de información:* marque en el cuadro correspondiente la fuente de donde se obtuvo la información vacunal.

6. Datos del parto:

- 6.1. *Lugar del parto:* marque en el cuadro correspondiente en que lugar se realizó el parto.
- 6.2. *Fecha de parto:* indique la fecha en la que sucedió el parto.
- 6.3. *Características del parto:* marque en el cuadro correspondiente bajo que característica se presentó el parto.
- 6.4. *Atendido por:* marque en el cuadro correspondiente quien atendió el parto.
- 6.5. *Objeto utilizado para cortar el cordón:* especifique que objeto se ha utilizado para cortar el cordón.
- 6.6. *¿Esterilizado?:* marque en el cuadro correspondiente si el objeto utilizado fue esterilizado o no.
- 6.7. *Cura del cordón en la casa:* marque en el cuadro correspondiente si se realizó la cura del cordón en la casa o no.
- 6.8. *Que sustancia fue usada:* indique que sustancia fue utilizada para esterilizar el objeto usado para cortar el cordón.

7. Cuadro Clínico:

- 7.1. *Fecha de hospitalización:* escriba la fecha en la que el recién nacido es hospitalizado.
- 7.2. *Nombre del hospital:* escriba el nombre de la institución donde el recién nacido es internado.
- 7.3. *Fecha de ingreso:* indique la fecha en la que el recién nacido es ingresado al hospital.
- 7.4. *Nº de historia:* indique el número de historia clínica del neonato en la institución.
- 7.5. *Terapia intensiva:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato fue recluido en terapia intensiva o no.
- 7.6. *Imposibilidad para succión:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato presenta Trismo o no.
- 7.7. *Fecha de inicio:* indique desde que fecha el neonato presenta Trismo.
- 7.8. *Convulsiones:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato presentó convulsiones o no.
- 7.9. *Hipertonía generalizada:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato presentó hipertonía o no.
- 7.10. *Opistotonos:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato presentó opistotonos o no.
- 7.11. *Fecha de egreso:* escriba la fecha en la que el neonato ha sido dado de alta.
- 7.12. *Fallecido:* marque en el cuadro correspondiente si el neonato ha fallecido o no.
- 7.13. *Causa:* haga una breve descripción de la causa del deceso.
- 7.14. *Necropsia:* marque en el cuadro correspondiente si se realizó necropsia del caso.
- 7.15. *Informe de necropsia:* Haga una breve descripción del informe de necropsia.

8. Clasificación Final:

- 8.1. *Clasificación:* marque en el cuadro correspondiente la clasificación final del caso.
- 8.2. *Confirmado por:* marque en el cuadro correspondiente como se confirma el caso.
- 8.3. *Fecha:* escriba la fecha en la que se confirma el caso.
- 8.4. *Dx de descarte:* escriba el diagnóstico por el que se descarta el caso.

9. Observaciones:

Escriba las observaciones o cualquier otra información que sea relevante para la investigación.

10. Responsable:

- 10.1. *Nombre:* escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
- 10.2. *Cargo:* escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
- 10.3. *Teléfono domicilio:* indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
- 10.4. *Teléfono trabajo:* indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
- 10.5. *Email institucional:* escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
- 10.6. *Email personal:* escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
- 10.7. *Firma:* el responsable de la investigación debe colocar su firma.