

TÉTANO OTRAS EDADES (NO NEONATALES)

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

Sospechoso: Paciente > de 28 días de edad con inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: Trismus, risa sardónica o espasmos musculares generalizados.

Sin ninguna otra causa aparente con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

Probable: Caso sospechoso con elevación de enzimas (CPK, aldolasa, recuento de leucocitos elevados).

Confirmado: Caso sospechoso que cumple criterios clínicos,. No hay hallazgos de laboratorio que sean específicos de tétano.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F Indeterminado

Sexo legal: M F No binario Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: ____/____/____ Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de internación: ____/____/____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Espasmos musculares involuntarios generalizados | <input type="checkbox"/> Risa sardónica |
| <input type="checkbox"/> Espasmos musculares | <input type="checkbox"/> Rigidez corporal | <input type="checkbox"/> Trismus |
| <input type="checkbox"/> Opistótonos | | |

DATOS DE VACUNACIÓN

Fecha última dosis: ____/____/____ Número de dosis: _____

Marque el tipo de la última vacuna recibida

- | | | |
|--|---|--|
| Cuádruple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> | Sextuple acelular <input type="checkbox"/> | Doble bacteriana <input type="checkbox"/> |
| Cuádruple bacteriana <input type="checkbox"/> | Pentavalente <input type="checkbox"/> | No vacunados para este evento <input type="checkbox"/> |
| Quíntuple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> | Triple bacteriana acelular <input type="checkbox"/> | |
| Quíntuple bacteriana celular <input type="checkbox"/> | Triple bacteriana celular <input type="checkbox"/> | |

DATOS LABORATORIO

Recuento de leucocitos: _____ CPK: _____

Otros: _____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Factores de riesgo/ vías más probables de transmisión/ otros antecedentes de interés/ Tipos de Lugar

Exposición en los 30 días previos al inicio de los síntomas

Antecedentes de parto

Antecedentes de aborto

Cirugía

Inmunización incompleta

Quemaduras previas

Traumatismo corto punzante

Usuario de drogas inyectables

Mordedura de animales

Jardinería

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Las medidas preventivas y de control son la educación, vacunación y profilaxis, no existiendo indicación de control de foco ante la ocurrencia de un caso.

La enfermedad no produce inmunidad y las personas deben continuar recibiendo esquema antitetánico completo posteriormente.

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/20____

firma y sello del notificador