

**SIENO**  
**SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA**  
**FICHA DE INVESTIGACIÓN**

**ENFERMEDAD: TÉTANOS NEONATAL**

**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 muerte 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	<b>Dirección de Habitación (residencia):</b>		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)	<b>Otros datos del Recién Nacido</b>		6.7 N° Partida de nacimiento	6.8 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"/> Múltiple <input type="checkbox"/>	Eutócico <input type="checkbox"/> Distócico <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		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).
- Toda la ficha se refiere a casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, colocada a cualquier edad y de cualquier tipo.
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

**1. Datos Institución:**

1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
12. *Fuente del informe:* marque con equis "X" o el símbolo de verificación "✓" una de las siguientes opciones según el origen de notificación: público, privado, laboratorio, comunidad, búsqueda activa, otro. En la última opción se debe especificar quien notifica.

**2. Datos del Paciente:**

1. Escriba el *primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido* del paciente. Luego marque en la casilla correspondiente si este es Venezolano o extranjero e indique el número de *cedula o pasaporte*; si es extranjero escriba la *nacionalidad*.
2. Luego indique la *fecha de nacimiento, edad* (en años), *sexo*, encaso de ser indígena indique a que *etnia* a que pertenece.
3. Marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo (*I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio*), si la opción marcada es *EE* entonces indique el número de años aprobados.
4. Marque la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*). Escriba la *profesión y ocupación*.
5. Escriba los datos de geolocalización; *Latitud, Longitud* del centro de salud que detecto el caso.

**3. Datos de Residencia:**

1. Complete los cuadros correspondiente a la dirección de residencia del paciente, indicando adicionalmente la entidad, municipio, parroquia, localidad y punto de referencia.
2. Luego indique los teléfonos (fijo y móvil), lugar donde enfermo el paciente además de nombres y apellidos de la madre y el padre.

**4. Otro datos del recién nacido:**

1. Indique el número de partida de nacimiento y número de certificado.

**5. Estado Vacunal de la Madre:**

1. Indique si fue vacunada, en caso afirmativo escriba el nombre de la institución donde se vacunó luego indique si se vacuno con TT, Td o DPT, en caso de que alguna o ambas vacunas hayan sido aplicadas escribir *número de dosis recibidas, fecha de última dosis y número de lote*.
2. Indique si la madre tubo control prenatal, de ser afirmativo indique el número de consultas y donde fue atendida, luego indique número de gestaciones y de abortos.
3. Posteriormente marque según sea el caso la *fuentes de la información*.

**6. Datos del Parto:**

1. Indique lugar y fecha del parto, luego marque las características del parto y por quien fue atendido.
2. Indique que objeto utilizo para cortar el cordón y si este fue esterilizado, posteriormente indique si el cordón fue curado en casa y que sustancia fue utilizada.

**7. Cuadro Clínico:**

1. Indique la fecha en que iniciaron los síntomas, luego ingrese la fecha de ingreso al hospital y el nombre del hospital, luego escriba la *fecha de hospitalización* y el *número de historia clínica*, posteriormente indique si el paciente estuvo en *terapia intensiva* e indique desde que fecha, también debe indicar si hubo *convulsiones, Hipertonía generalizada y/o Opistotonos* y si *presento imposibilidad para succión* e indique la *fecha de egreso*.
2. Indique si el paciente *falleció*, en caso positivo describa la causa y marque si se tomo muestra para *necropsia* en caso afirmativo describir *informe de necropsia*.

**8. CF (Clasificación Final)**

1. Indique si se confirma el caso, en caso afirmativo indique la fecha en caso contrario

**10. Responsable:**

1. Indique nombres, apellidos, cargo, teléfonos e email del responsable de la investigación.