

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

**ENFERMEDAD: TÉTANOS NO NEOTATAL**

**DEFINICIÓN DE CASO:**

ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR LA HIPERTONÍA, CONTRACTURA MUSCULAR DOLOROSA AGUDA (USUALMENTE DE LOS MÚSCULOS DE MANDÍBULA Y CUELLO) Y ESPASMOS GENERALIZADOS SIN OTRA CAUSA MÉDICA APARENTE EN CUALQUIER PACIENTE NO NEONATAL O MUJER EMBARAZADA.

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 Paciente	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) Estado Vacunal	4.1 Vacunado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	4.2 En que establecimiento de salud fue vacunado			4.11 Fuente de información Carné <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>		
	4.3 Toxoide Tetánico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.4 N° de dosis recibidas	4.5 Fecha de Última dosis	/ /	4.6 N° de lote		
	4.7 Toxoide Tetánico Diftérico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.8 N° de dosis recibidas	4.9 Fecha de Última dosis	/ /	4.10 N° de lote		
5) Reseña del caso								
	6.1 Fecha de inicio de síntomas	/ /	6.2 Fiebre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.3 Contracción de Maseteros (risa sardónica)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	6.4 Fecha de ingreso	/ /	6.5 Nombre del hospital					
	6.6 Fecha de hospitalización	/ /	6.7 N° de historia	6.8 Terapia intensiva				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	6.9 Se aplico antibióticos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.10 indique cuales		6.11 Se aplico inmunoglobulina	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.12 Dosis Aplicadas	
	6.4 En que fecha	/ /	6.7 Fecha de ingreso a USI	/ /	6.8 Convulsiones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.9 Hipertonía generalizada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	6.11 Fecha de egreso	/ /	6.12 Fallecido	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6.13 Causa			
	6.14 Necropsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.15 Informe de necropsia					
	7) CF	7.1 Clasificación		Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>	7.2 Fecha	/ /	7.4 Dx. de descarte	
8) Responsable	8.1 Nombre			8.2 Cargo				
	8.3 Teléfono domicilio	8.4 Teléfono trabajo		8.5 Email institucional				
	8.6 Email personal			8.7 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 numero 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. Estado Vacunal:**

1. Indique si el paciente fue vacunado, en caso afirmativo escriba el nombre de la institución donde se vacunó luego indique si se vacuno con TT o Td, 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. **Posteriormente marque según sea el caso la fuente de la información.**

**5. Reseña del caso:**

1. Realizar una breve descripción de los hechos ocurridos al paciente por donde posiblemente ingreso el bacilo al organismo.

**6. 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 *numero 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* 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*.

**7. CF (Clasificación Final)**

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

**8. Responsable:**

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