



FICHA DE CASO SOSPECHOSO DE DIFTERIA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Año:.....**Caso N°**..... **Fecha de captación**...../...../.....
Apellido y Nombre:.....**Sexo** F M
Fecha de nacimiento:.....**Años:**..... **Meses:**.....
Provincia:..... **Localidad:**.....
Calle:.....**N°**

2.- DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna Cuádruple, Triple, Doble Bacteriana Si No
N° dosis:..... **Fecha última dosis:**...../...../.....

3.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (posible fuente de infección, durante los 10 días previos a los primeros síntomas)

Donde residió? Lugar:.....
Viajó? Si **No** **Lugar:**.....
Estuvo en contacto con un caso de Difteria Si No N/C
En esa zona, hubo algún caso de Difteria anterior a este. Si No N/C

4.- DATOS CLÍNICOS

Fecha de comienzo de la investigación:...../...../.....
Amigdalitis Si No **Temperatura:**°C **Fecha Inicio Síntomas:**...../...../.....
Laringitis Si No **Membrana:**.....
Faringitis Si No
Adenopatías Si No

5.- LABORATORIO

Extracción de muestra. Fecha:..... **Tipo muestra:** Hisopado Membrana
Biopsia PPB/ Hueso
Terapia antibiótica previa? .Si No
Laboratorio Regional .Si No **Fecha**/...../.....
Laboratorio Referencia Si No **Fecha**/...../.....

6. Control de foco:

Vacunación de bloqueo: Si No **N° dosis**

Fecha:...../...../..... **Profilaxis Antibiótica:** Si No

7. -DATOS NOTIFICANTE

Nombre del Establecimiento:
Dirección:
Servicio:
Fax-Tel:

Firma y sello del médico tratante:.....