



Definición de caso

Caso Sospechoso: Enfermedad caracterizada por laringitis o faringitis o amigdalitis y membrana blanco-grisácea, nacarada, adhesiva de las amígdalas, la faringe o la nariz, que sangra al forzar para desprenderla y fiebre baja.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
Apellido y Nombre del Profesional: _____
Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Referencia de ubicación Domicilio: _____ Localidad _____
Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas. ____/____/____

Amigdalitis ☐ Membrana ☐ Laringitis ☐
Faringitis ☐ Temperatura ____°C ☐ Adenopatías ☐

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección: (10 días previos a los primeros síntomas): _____
¿Dónde Residió? (Lugar) _____
¿Viajó? Si ☐ No ☐ Lugar. _____
¿Estuvo en contacto con un caso de difteria?: Si ☐ No ☐ N/S ☐
¿Otro/s caso/s de difteria en la zona? : Si ☐ No ☐ N/S ☐
Antecedentes de vacunación, toxoide antidiftérico (doble, triple o cuádruple bacteriana) Si ☐ No ☐
Número de dosis: _____ Fecha última dosis. ____/____/____

5. EXAMENES DE LABORATORIO

Fecha de extracción de muestra. ____/____/____. Tipo de Muestra: Hisopado ☐ Membrana ☐

Terapia antibiótica previa Si ☐ No ☐ Fecha ____/____/____
Laboratorio regional Si ☐ No ☐ Fecha ____/____/____
Laboratorio referencia Si ☐ No ☐ Fecha ____/____/____



6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo: Si ☐ No ☐ N° dosis: _____ Fecha. ____/____/____
Profilaxis antibiótica : Si ☐ No ☐

7. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: ____/____/____
Requirió antitoxinas: Si ☐ No ☐
Recuperado ad integrum ☐ Alta con secuelas ☐ Fallecido ☐ Fecha ____/____/____ Desconocido ☐
Causa fallecimiento: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico