Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud
Unidad de Epidemiología
Programa Ampliado de Inmunización

Ministerio de Salud

CASO Nº:
SEDES:
PROVINCIA:
MUNICIPIO:
COORDINACIÓN DE RED:
ESTABLECIMIENTO:

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA

Los casos notificados deben reunir al menos los siguientes criterios:

1.- Todo/a paciente que presente cuadro de fiebre, pseudomembranas en la garganta, adenopatía cervical dolorosa, obstrucción de vías respiratorias, eritema ulcerado y estado toxicoinfeccioso
2.- Todo/a paciente con nexo epidemiológico

I.- DATOS GENERALES DEL PACIENTE.-

Nombre y apellidos: _____ Nº de Historia Clínica: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ (día mes año)

Dirección actual: _____ Teléfono: _____

Nombre del responsable (s) del paciente: _____

Croquis para la ubicación del domicilio

II.- ANTECEDENTES VACUNALES DEL PACIENTE.-

Encerrar en un circulo la vacuna

Historia de vacunas	DPT	Dt	dT	PENTAVALENTE
Nº de dosis recibidas:	____	____	____	____
Fecha de última dosis:	___/___/___ (día mes año)			

Establecimiento o lugar donde fue vacunado:

Verificado con carnet: **SI** ☐ **NO** ☐

III.- DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE.-

SIGNOS/SÍNTOMAS	SI	NO		SI	NO
Fiebre	☐	☐	Pseudomembrana	☐	☐
Faringitis	☐	☐	Dificultad respiratoria	☐	☐
Nasofaringitis	☐	☐	Edema cervical	☐	☐
Laringitis	☐	☐	Adenopatia cervical	☐	☐

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

Restablecido: ☐
Enfermo: ☐
Fallecido: ☐
Fecha de fallecimiento ___/___/___ (día mes año)

IV. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y MEDIDAS DE CONTROL:

FECHAS: (Día Mes Año)

Notificación: ____/____/____
Investigación: ____/____/____
Inicio de enfermedad: ____/____/____
Hospitalización: ____/____/____

La fuente de contagio: (otro caso semejante)

Nombre y apellido: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Vacunado: **SI** ☐ **NO** ☐ Verificado con carnet: **SI** ☐ **NO** ☐

Especifique	DPT	Dt	dT	PENTAVALENTE
Nº de dosis recibidas:	____	____	____	____

CONTACTOS DEL CASO

Nombres y Apellidos	Edad	Dirección	Nº de dosis previas	Fecha de última dosis	Vacunado en ésta investigación SI	Vacunado en ésta investigación NO

¿Encontró otros casos en la comunidad? **SI** ☐ **NO** ☐ ¿Cuantos? ¿Tiene fichas? **SI** ☐ **NO** ☐

V.- DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Fecha recolección de muestra	Fecha de envío a laboratorio	Fecha de recepción en laboratorio	Fecha de envío de resultado	Resultado
Hisopado faringeo					
Pseudomembrana					

Caso fue notificado por: _____ **Cargo:** _____ **Institución:** _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: _____

CARGO: _____ **FIRMA:**

PAI NACIONAL