Notificar a: [vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Tel: 985 10 65 04 – 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20

**ANEXO I: ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha encuesta | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Encuestador |  |
| Fecha primera notificación | Haga clic aquí para escribir una fecha. | Médico que notifica |  |

**DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos del caso | |  | | | | | | | | | | | |
| CIPA/NHC | |  | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | |  | | Edad | |  | Sexo | | Varón | | Mujer | | Otro |
| Domicilio |  | | | | | | | Localidad | |  | | | |
| Concejo |  | | Teléfono | |  | | | | | Área Sanitaria | |  | |
| País de nacimiento |  | | Año llegada a España | |  | | | | | | | | |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha del caso | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| Fecha de inicio de síntomas | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |  | | |
| Fecha de lesión | | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |  | | |
| **Tipo de lesión/herida/puerta de entrada**  (marcar una de las opciones) | | Punzante o contaminada  Quirúrgica  No quirúrgica  Mordedura | | | | Congelación  Quemadura  Otro  Sin lesión identificada |
| **Localización fundamental** (marcar una de las opciones) | | Cabeza y cuello  Tronco  Extremidad superior  Extremidad inferior  Cordón umbilical | | | | |
| **Manifestación clínica**  (puede marcarse más de uno) | | Espasmos  Contracción muscular en maseteros  Contracción muscular en cuello  Contracción muscular en tronco  Rigidez músculos abdominales  Otra | | | | |
| **Complicaciones** | Sí  No | | | | | | |
| **Hospitalizado** | Sí  No | | Fecha ingreso  Haga clic aquí para escribir una fecha. | | Hospital: | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Defunción** | Sí  No | | Fecha defunción Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | **Lugar del caso** | | | | País | |  | | Comunidad autónoma |  | | Provincia | |  | | Municipio |  | | Importado | | Sí  No | | | | | | | | |

**DATOS DE LABORATORI0**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de diagnóstico de laboratorio** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | | | |
| **Agente causal** | | Clostridium tetani | | | |
| **Tipo de muestra** | | | Suero  Herida | | |
| **Prueba** | | Aislamiento  Detección de toxina de tétanos en suero | | | |
| Envío muestra al Laboratorio Nacional de Referencia | | | | Sí  No | Nº Referencia: |

**DATOS DEL RIESGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Exposición** (marcar una de las opciones) | Lesión no ocupacional: herida, acupuntura, tatuaje, piercing  Ambiental: jardinería, agricultura, trabajo establos, mataderos, otros  Asociada a cuidados sanitarios: intervenciones quirúrgicas y dentales | | |
| **TÉTANOS NEONATAL**  **Ámbito de exposición del parto** (marcar una de las opciones) | Hospital  Hogar  Otro ámbito especificado | | |
| **Atención al parto de la madre** (marcar una de las opciones) | Parto atendido por matrona  Parto atendido por médico  Parto atendido por otro sanitario  Parto atendido por otro | | |
| **Vacunación de la madre**  Vacunada con alguna dosis | Sí  No | Número de dosis |  |
| Fecha de última dosis recibida | Haga clic aquí para escribir una fecha. | | |
| Presenta documento de vacunación: | Sí  No | | |
| País de vacunación de la madre |  | | |

**DATOS DE VACUNACIÓN DEL CASO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vacunado con alguna dosis | Sí  No |  |
| Número de dosis |  |  |
| Fecha de última dosis recibida | Haga clic aquí para escribir una fecha. |  |
| Presenta documento de vacunación | Sí  No |  |

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clasificación del caso** | Probable  Confirmado |

**Criterios de clasificación del caso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Criterio clínico | Sí  No | | |
| Criterio laboratorio | Sí  No | | |
| **Asociado a brote** | Sí  No | | |
| Identificador del brote |  | C. Autónoma de declaración del brote |  |
|  | | | |

**OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Servicio de Vigilancia Epidemiológica** Notificar a:[vigilancia.sanitaria@asturias.org](mailto:vigilancia.sanitaria@asturias.org)

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20