Notificar a: 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 ingresoHaga 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

Tel: 985 10 65 04 - 985 10 63 23

Fax: 985 10 63 20