



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 DE LA PERSONA DECLARANTE

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

2. IDENTIFICACION DE LA PERSONA

Apellido y nombres: _____ DNI: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo legal: M F No binario
 Sexo al nacer: M F Indeterminado Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Otro _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino/a: _____
 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. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Persona Hospitalizada: 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