

GOBIERNO DE CHILE
 MINISTERIO DE SALUD
 DIV. SALUD DE LAS PERSONAS
 DEPTO. EPIDEMIOLOGIA

SERVICIO DE SALUD _____
 HOSPITAL _____
 N° CASO _____

INVESTIGACION CASOS DE DIFTERIA

I. IDENTIFICACION:

1. NOMBRE DEL PACIENTE _____ 2. EDAD _____
 3. DOMICILIO _____ COMUNA _____

II. INFORMACION CLINICA

4. FECHA DE INICIO SINTOMAS ____ / ____ / ____ 5. FECHA HOSPITALIZACION ____ / ____ / ____

6. SIGNOS Y SINTOMAS (Marque con un círculo lo que corresponda)

PALIDEZ FATIGA CEFALEA TAQUICARDIA
 HIPOTENSION ALTERACION DE CONCIENCIA OLIGURIA

OTROS _____

7. HIPOTESIS DIAGNOSTICA: 1. _____

III. INFORMACION DE LABORATORIO

8. FROTIS: SI NO FECHA ____ / ____ / ____ RESULTADO _____

9. CULTIVO: SI NO FECHA ____ / ____ / ____ RESULTADO _____

10. ENVIO DE MUESTRA ISP: SI NO (Si la respuesta es SI, responda lo siguiente)

11. FECHA ENVIO FROTIS: SI NO ____ / ____ / ____ RESULTADO _____

12. FECHA ENVIO CULTIVO: SI NO ____ / ____ / ____ RESULTADO _____

IV. INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

ANTECEDENTE DE VACUNA ANTIDIFTERICA:

13. N° DOSIS D.P.T.: 1 2 3 4 5 IG. NO FECHA ULTIMA DOSIS ____ / ____ / ____

14. N° DOSIS TOXOIDE D.T.: 1 2 3 IG. NO FECHA ULTIMA DOSIS ____ / ____ / ____

15. IDENTIFICACION CASO PRIMARIO: SI NO 16. CASO SECUNDARIO SI ____ NO ____

17. IDENTIFICACION DE CONTACTOS: SI NO 18. N° DE CONTACTOS: _____

19. N° VACUNADOS: _____ 20. N° NO VACUNADOS _____

21. N° SUJETOS CON QUIMIOPROFILAXIS _____ N° SUJETOS VACUNADOS _____

22. DIAGNOSTICO FINAL: _____

NOMBRE INVESTIGADOR: _____