**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre**  **Mujer**  **Desconocido**

**País de nacimiento:**      **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación****:**       **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo****:**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /     **Fecha de lesión:**    /    /

**Tipo de lesión /Herida /Puerta de entrada** (marcar una de las siguientes opcione)**:**

Punzante o contaminada  Quirúrgica  No quirúrgica

Mordedura  Congelación  Quemadura

Otro  Sin lesión identificada

**Localización fundamental** (marcar una de las siguientes opciones):

Cabeza y cuello Tronco

Extremidad superior Extremidad inferior

Cordón umbilical

**Manifestación clínica** (puede marcarse más de un signo/síntoma clínico):

Espasmos

Contracción muscular en maseteros

Contracción muscular en cuello

Contracción muscular en tronco

Rigidez músculos abdominales

Otra

**Complicaciones**: Sí  No

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí  No

**Defunción:** Sí  No

**Lugar del caso**[[3]](#footnote-3)**:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):**  *Clostridium tetani*

**Muestra** (marcar las que tengan resultado positivo):

**Suero**  **Herida**

**Prueba** (marcar las pruebas con resultado positivo):

Aislamiento

Detección de toxina de tétanos en suero

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí  No

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:      

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición** (marcar una de las siguientes 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[[6]](#footnote-6):**

**Ámbito de exposición del parto** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Hospital  Hogar  Otro ámbito especificado

**Atención al parto de la madre** (marcar una de las siguientes 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:**    /    /

**Presenta documento de vacunación:** Sí  No

**País de vacunación de la madre:**

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado** **con alguna dosis:** Sí  No

**Número de dosis:**

**Fecha de última dosis recibida:**    /    /

**Presenta documento de vacunación:** Sí  No

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Probable

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí  No

Criterio epidemiológico: Sí  No

Criterio de laboratorio: Sí  No

**Asociado:**

A brote: Sí  No  Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[7]](#footnote-7):

**OBSERVACIONES[[8]](#footnote-8)**

1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Completar los datos de la madre en caso de niños menores de 28 días. [↑](#footnote-ref-6)
7. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-7)
8. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-8)