



DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de trabajo: _____
Municipio: _____ Tfno.: _____
Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Meses Años
País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Fecha de llegada: ____/____/____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Fecha de lesión: ____-____-____

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

- 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

Hospitalizado¹: Sí No

Defunción: Sí No

Lugar del caso²:

País: _____ **C. Autónoma:** _____

Provincia: _____ **Municipio:** _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____

Agente causal⁴: *Clostridium tetani*

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² 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.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



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 neonatal⁵:

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 brote⁶: _____

OBSERVACIONES⁷

⁵ Completar los datos de la madre en caso de niños menores de 28 días.

⁶ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁷ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta