

DIFTE

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE DIFTERIA-2018

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA	MES	AÑO

 SEXO:

MASC.	FEM.

 EDAD: AÑOS

--	--

 MESES

--	--

 DÍAS

--	--

RESIDENCIA ACTUAL: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: LADA: _____ - _____

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:

DÍA	MES	AÑO

 FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE:

DÍA	MES	AÑO

FECHA NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:

DÍA	MES	AÑO

 FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

DÍA	MES	AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:

DÍA	MES	AÑO

III. UNIDAD NOTIFICANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

CLUES: _____ ENTIDAD: _____

JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

IV. UNIDAD TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

DERECHOHABIENTE: SI NO NO. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____ TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN: LADA _____ - _____

V. ANTECEDENTES

ANTECEDENTE VACUNAL: 1=OPT, 2=TD, 3=PENTAVALENTE ACELULAR, 4=OTRA, 9=SE DESCONOCE DOSIS: FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS:

DÍA	MES	AÑO

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTILLA, 2=OTRO REGISTRO, 3=VERBAL

HA TENIDO CONTACTO CON CASOS SIMILARES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI NO ESPECIFIQUE: _____

HA VIAJADO O RECIBIDO VISITAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? SI NO ¿DE DÓNDE?(PAÍS/ESTADO/LOCALIDAD): _____

VI. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO DEL CUADRO CLÍNICO:

DÍA	MES	AÑO

 ¿PRESENTÓ INFECCIÓN DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES? SI NO

INDIQUE CON EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA:

¿PRESENTÓ UNA PESUDOMEMBRANA?

CARACTERÍSTICAS: BLANCO - GRISÁCEAS: DURAS: ADHERENTES: BORDE HIPERÉMICO: FÁCILMENTE SANGRANTES: FÉTIDAS:

LOCALIZACIÓN: AMÍGDALAS FARINGE TABIQUE NASAL OTRO(ESPECIFIQUE): _____

FIEBRE: ADENOMEGLIAS CERVICALES: CUELLO DE TORO: ESTADO TÓXICO-INFECCIOSO: DISFONÍA: DISNEA DISFAGIA:

COMPLICACIONES: _____

TRATAMIENTO:	ANTIBIÓTICO	ESQUEMA (VÍA DE ADMINISTRACIÓN/DOSIS/DÍAS)	FECHA DE INICIO:

ANTITOXINA: SI NO FECHA:

DÍA	MES	AÑO

 DOSIS: _____

VII. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

	FECHA DE TOMA			FECHA DE ENVÍO			FECHA DE RECEPCIÓN		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
EXUDADO NASOFARÍNGEO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESULTADO:	<input type="text"/>								
TOXIGENICIDAD:	<input type="text"/>								

VIII. SEGUIMIENTO Y CLASIFICACIÓN

EVOLUCIÓN	SANO:	<input type="text"/>	CONVALESCENTE:	<input type="text"/>	DEFUNCIÓN:	<input type="text"/>	FECHA DE DEFUNCIÓN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SI	NO					DÍA	MES	AÑO	
CASO PROBABLE:							<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CASO CONFIRMADO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DIAGNÓSTICO FINAL
CASO DESCARTADO:	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1=DIFTERIA RESPIRATORIA
										CRITERIO
										<input type="text"/>

1=LABORATORIO, 2= CLÍNICA/ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

IX. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

X. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE:

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: CARGO: TELÉFONO: LADA: