

### Datos del enfermo

Apellidos:..... Nombre: .....

Domicilio:..... Nº:..... Piso:..... Teléfono:.....

Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....

Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses  Años

País de nacimiento: España  Otros  Especificar:..... Año de llegada a España:.....

Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

### Datos clínicos y epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso  Probable/Confirmado

Fecha de inicio de los primeros síntomas:..... / ..... / .....

Descripción clínica: Signos y/o síntomas:.....

.....

Evolución: Recuperación  Fallecimiento  Fecha:..... / ..... / ..... Desconocida

Ingreso en hospital: Sí  No  Fecha de hospitalización:...../...../.....

Centro:..... Servicio:.....

### Completar si el paciente tiene menos de 28 días

¿Ha recibido la madre toxoide tetánico?

No

Sí

Nº dosis recibidas.....

Ultima dosis recibida. Fecha:..... / ..... / .....

NS/NC

¿Dónde nació el paciente?

Hospital

Domicilio

Otros

Especificar:.....

Si nació en domicilio: ¿Quién atendió el parto?

Médico

Matrona

Otro sanitario

Otros

Instrumento de corte de cordón.....

### Datos del notificador

Nombre:.....

Centro de Trabajo:.....

Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....