



FICHA DE INVESTIGACION CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA Y LABORATORIAL PARA VIGILANCIA INTENSIFICADA DE IRAG

Definición de caso: toda persona que ingresa con fiebre médica o referida, tos, dificultad respiratoria y necesidad de hospitalización.

I. DATOS GENERALES	1	Cód. Caso	2	Nombre del Establecimiento										
	3	Fecha de captación	día / mes / año											
	4	Nombre del paciente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido								
	5	Edad	Años	Meses	Días	6 Sexo	Masculino	Femenino						
	7	Lugar de Residencia	Departamento / Provincia		Municipio / Ciudad	Barrio								
	Dirección:		Teléfono:											
II. ANTECEDENTES	8	Vacunación Influenza (vacuna vigente)	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	9	Factores de riesgo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	Embarazo		1 T	<input type="checkbox"/>	2 T	<input type="checkbox"/>	3 T	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>				
	Puerperio		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	Alcoholismo		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	Tabaquismo		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	Otros		-----											
		Comorbilidad												
		<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Pulmonar Crónica <input type="checkbox"/> Cardiopatía Crónica (incluye hipertensión Arterial) <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática Crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad Neurológica Crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica <input type="checkbox"/> Obesidad IMC 30 - 40 <input type="checkbox"/> IMC > 40 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Síndrome de Down												
III. HOSPITALIZACIÓN	10	Fecha inicio síntomas	día / mes / año											
	11	Uso de antiviral	No se usó	<input type="checkbox"/>	Osetamivir	<input type="checkbox"/>	Zanamivir	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Inicio toma	día / mes / año		
	12	Fecha de hospitalización	día / mes / año			13	Fecha de Egreso	día / mes / año						
	14	Tipo de Egreso	Alta	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>	Tranferido	<input type="checkbox"/>						
	15	Ingreso a UTI/UCI	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Ingreso	día / mes / año		Egreso UTI	día / mes / año			
	16	Número Historia Clínica	-----											
	17	Toma de muestra	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Tipo: hisop.	<input type="checkbox"/>	aspirado	<input type="checkbox"/>	lavado	<input type="checkbox"/>	tejido	<input type="checkbox"/>
fecha toma:		día / mes / año			fecha de envío:		día / mes / año							
IV. RESULTADO	18	Resultados	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	A no subtipificado A/H1N1 2009 A/H1N1 A/H3N2 A no subtipificable Influenza B		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		VSR Adenovirus Parainfluenza I Parainfluenza II Parainfluenza III Otros		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	19	Fecha de cierre de caso	día / mes / año											
Nombre y firma del responsable -----														