



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:				NUE:			
Fecha de notificación en plataforma:				dd/mm/aaaa	Folio plataforma:		
Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre (s):	
Fecha de Nacimiento:	Día:		Mes:		Año:		CURP:
Sexo:	Hombre:		¿Está embarazada?	Si	No	Meses de embarazo:	
	Mujer:					Se encuentra en periodo de puerperio	Si No
							Días de puerperio
Nacionalidad:	Mexicana:		Extranjera:		¿Es migrante?	Si No	Pais de nacionalidad:
							Pais de origen:
							Fecha de ingreso a México:
Paises en tránsito en los últimos tres meses:	1	2	3	Otro:			
País de nacimiento:				Entidad federativa de nacimiento:			
Entidad de Residencia:				Municipio de residencia:			
Localidad:				Correo electrónico:			
Calle:				Número:			
Entre qué calles:				y			
Colonia:				C.P.:			
				Teléfono Celular:			
¿Se reconoce cómo indígena?				Si No	¿Habla alguna lengua indígena?		
Ocupación:				Si No			
¿Pertenece a alguna institución educativa?							

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso:			Tipo de paciente:	1=Ambulatorio		2=Hospitalizado	
Fecha de ingreso a la unidad:			dd/mm/aaaa	Fecha de inicio de síntomas:			dd/mm/aaaa
A partir de la fecha de inicio de síntomas:							
¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?							
	Si	No	Co-morbilidad				
Inicio súbito de los síntomas			Diabetes	Si	No		
Fiebre			EPOC				
Tos			Asma				
Cefalea			Inmunosupresión				
Disnea			Hipertensión				
Irritabilidad			VIH/SIDA				
Dolor torácico			Enfermedad cardiovascular				
Escalofríos			Obesidad				
Odinofagia			Insuficiencia renal crónica				
Mialgias			Tabaquismo				
Artralgias			Otros				
Anosmia							
Disgeusia							
Rinorrea							
Conjuntivitis							
Otros síntomas	Si	No	Especifique otros:				
Ataque al estado general							
Diarrea							
Polipnea							
Dolor Abdominal							
Vómito							
Cianosis							
Diagnóstico probable:	1=Enfermedad tipo influenza (ETI)			*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve			
	2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)						

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
<input type="text"/>	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral?

 dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
<input type="text"/>	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Si	No	Otro animal	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de vacunación:

 dd/mm/aaaa

¿Recibió la vacuna contra COVID-19 en último año?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Marca de la vacuna:

*Coloque el numero de acuerdo a la marca de la vacuna que indique el caso

¿Cuantas dosis recibió?

1	2
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Al marcar dos dosis, tendrá que colocar las dos fechas de vacunación de forma obligatoria

1era dosis Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

2da dosis Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

1	Pfizer BioNTech	5	Gamaleya "Sputnik V"
2	AstraZeneca	6	Janssen (Johnson & Johnson)
3	CanSino	7	Sinopharma
4	Moderna	8	Novavax
		9	No recuerda

MUESTRA DE LABORATORIO PARA PCR

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No
X	<input type="text"/>

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

 LUDIMUG

Tipo de muestra:

1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo
3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:

 dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado
3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción*

Si el caso se da de alta:

Especifique la evolución:

<input type="text"/>	1=Mejoría	2=Curación
	3=Voluntaria	4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de egreso:

 dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:*

* Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

- a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica
- b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)
- c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción:

Fecha de defunción:

 dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

*Defunción por influenza o COVID-19

Si	No
<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:

 dd/mm/aaaa