



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:	LUDIMUG		NUE:		
Fecha de notificación en plataforma:	NA	dd/mm/aaaa	Folio plataforma:	NA	
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	Nombre (s):		
Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año:	CURP:	
Sexo:	Hombre:	¿Está embarazada?	Si	No	
	Mujer:	Meses de embarazo:			
		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:	
		Si	No	Si	No
¿Se reconoce cómo indígena?			¿Habla alguna lengua indígena?		
Ocupación:					
¿Pertenece a alguna institución educativa?					

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso:	PRUEBA COVID-19	Tipo de paciente:	1=Ambulatorio	X	
			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		Si	No
Inicio súbito de los síntomas			Diabetes		
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)	X	*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
	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"/>	X

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

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

Seleccione el antiviral:

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

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"/>
Aves	<input type="text"/>		
Cerdos	<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

* 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:

 SALIVA

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

Fecha de toma de muestra:

 dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

 Caso no grave

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"/>	NA	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"/>	X

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

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

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

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

Fecha de egreso:

 NA 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) X

Defunción:

Fecha de defunción:

 NA dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

 NA

*Defunción por influenza o COVID-19

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

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

Nombre y cargo de quien elaboró

Silvia Mariela González Rodríguez
Sanitario del LUDIMUG

Nombre y cargo de quien autorizó

Silvia Mariela González Rodríguez
Sanitario del LUDIMUG

Fecha de elaboración: dd/mm/aaaa