

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

Definición de caso IRAG: Fiebre Igual o Mayor a 38.5°C más cualquiera de los siguientes síntomas: Dolor, Mialgia, Cefalea, Rinorrea, Tos, Otolgia u Otros Síntomas Extra Pulmonares.

I. DATOS DE VIGILANCIA	Caso IRAG:		Caso Inusitado:			
	Establecimiento:				Fecha de nacimiento: ____/____/____	
	Fecha de captación: ____/____/____		Tipo de ID:	N° H.CI:	Edad: años <input type="text"/> meses <input type="text"/> días <input type="text"/>	
	Nombres:				Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Indef <input type="radio"/>	
Apellidos:				Tel-Cel.:		
II. REFERENCIA GEOGRÁFICA	País de Residencia:		País de Procedencia:		¿Dónde se encontraba hace dos semanas?	
	Departamento:		Departamento:		Exterior: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
	Municipio:		Municipio:		En caso de si, País:	
	Dirección:		Dirección:		Dep. Prov. ó Muni.:	
III. ANTECEDENTES PERSONALES	Embarazada		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	Puerperio <input type="checkbox"/>
	En caso de si, Trimestre de gestación		Primero <input type="radio"/>	Segundo <input type="radio"/>	Tercero <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>
	Vacunas					
	Influenza	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sin inf. <input type="radio"/>	Ira. Dosis: ____	2da. Dosis: ____
	Neumococo	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sin inf. <input type="radio"/>	Fecha: ____	Dosis: ____
	Antiviral					
	Tratamiento antiviral:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No Sabe <input type="radio"/>	Fecha de uso antiviral: ____/____/____	Tipo Antiviral:	Dosis:
	Factores de riesgo y otras comorbilidades					
	Factor de riesgo: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> No sabe: <input type="radio"/>		Comorbilidades:			
	Trabajador de salud <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Enf. Hepática Crónica <input type="checkbox"/>			
Tabaquismo <input type="checkbox"/>	Síndrome de Down <input type="checkbox"/>	Cardiopatía crónica <input type="checkbox"/>				
		Enf. Renal Crónica <input type="checkbox"/>				
		Diabetes <input type="checkbox"/>				
		Inmunocomprometidos <input type="checkbox"/>				
		Enf. Neurológica crónica <input type="checkbox"/>				
		Obesidad: No hay datos <input type="checkbox"/>				
		Asma <input type="checkbox"/>				
		IMC: 30 a 40 <input type="checkbox"/> > 40 <input type="checkbox"/>				
		Enf. Pulmonar crónica <input type="checkbox"/>				
		IMC de obesidad s/c <input type="checkbox"/>				
		Otros: <input type="text"/>				
IV. INFORMACIÓN CLÍNICA	Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Servicio:		N° cama:	
	Diagnóstico principal de ingreso:					
	Otros diagnósticos de ingreso:					
	Hospitalización:		Fecha de ingreso: ____/____/____		UCI/UTI:	
	Fecha de egreso: ____/____/____		Fecha de ingreso: ____/____/____		Fecha de egreso: ____/____/____	
	Condición de egreso: Curado: <input type="checkbox"/>		Fallecido: <input type="checkbox"/>	Transferido: <input type="checkbox"/>	Referido: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>
	Establecimiento de referencia:		Fecha de fallecido: ____/____/____			
	Toma de muestra: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
Fecha de toma: ____/____/____		Tipo de muestra:				
Fecha de envío: ____/____/____		Laboratorio de envío:				
V. LABORATORIO	Fecha de recepción: ____/____/____				Motivo NO procesado:	
	Nombre del laboratorio:					
	Fecha de inicio de proceso 1: ____/____/____		Procesada de técnica 1:		Procesada de técnica 2:	
	Fecha final proceso 1: ____/____/____		Positivo <input type="radio"/>		Positivo <input type="radio"/>	
	Fecha de inicio de proceso 2: ____/____/____		Negativo <input type="radio"/>		Negativo <input type="radio"/>	
	Fecha final proceso 2: ____/____/____		Indeterminado <input type="radio"/>		Indeterminado <input type="radio"/>	
VI. CIERRE DE CASO	Estatus del caso:		Confirmado <input type="checkbox"/>	Descartado <input type="checkbox"/>	Fecha de cierre: ____/____/____	
	Observaciones u acotaciones:					

ORIGINAL: Laboratorio

1ª COPIA: Hospital Centinela

2ª COPIA: Programa Nacional de Vigilancia y Control de Influenza - MS

3ª COPIA: Unidad de Epidemiología SEDES

SELLO (Hospital)

FIRMA Y SELLO (Responsable)

FIRMA Y SELLO (Laboratorio)