

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

PR-244.00-007

Información del Paciente

Rut:
Nombres:
Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Fecha Nacimiento: Día Mes Año
Edad: Años Meses Días

Dirección:
Región:
Ciudad/Localidad:
Comuna:
Teléfono:
Previsión:

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:
Región:
Provincia:
Comuna:
Dirección:

Laboratorio/Hospital:
Unidad:
Correo Electrónico:
Fono:
Fax:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención: Día Mes Año

Hora obtención:

Virus detectado localmente

Inmuno Fluorescencia: ☐ Influenza A ☐ Parainfluenza ☐ Establecimiento:
☐ Influenza B ☐ Metapneumovirus
☐ VRS ☐ Negativo
☐ Adenovirus

Test Pack: ☐ Influenza A ☐ Influenza B ☐ Negativo ☐ Establecimiento:

☐ **RT-PCR:** ☐ Influenza A (H1N1) pdm ☐ Influenza B ☐ Establecimiento:
☐ **Film Array:** ☐ Influenza A (H3N2) ☐ Negativo
☐ Influenza A no subtipificable ☐ Otro

Tipo de Muestra: ☐ Lavado Broncoalveolar ☐ Biopsia o Tejido Pulmonar ☐ Otro (Tipo de muestra):
☐ Esputo
☐ Aspirado Traqueal
☐ Aspirado Nasofaríngeo
☐ Tórulas Nasofaríngeas

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Fecha inicio síntomas: Día Mes Año

Fecha primera consulta: Día Mes Año

☐ Trabajador avícola o granjas de cerdos ☐ Trabajador ☐ Embarazo Semanas gestación:

☐ Viajó al extranjero en los 14 días previo al inicio de los síntomas

País Ciudad

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

PR-244.00-007

Síntomas

- ☐ Fiebre sobre 38°C
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Mialgia
- ☐ Neumonía
- ☐ Encefalitis
- ☐ Tos
- ☐ Rinorrea/congestión Nasal
- ☐ Dificultad Respiratoria
- ☐ Hipotensión

- ☐ Cefalea
- ☐ Taquipnea
- ☐ Hipoxia
- ☐ Cianosis
- ☐ Deshidratación o rechazo alimentario (lactantes)
- ☐ Compromiso hemodinámica
- ☐ Consulta repetida por deterioro cuadro respiratorio
- ☐ Enfermedad de base

Especifique Enfermedad de base:

Antecedentes Vacunación

- ☐ Vacuna contra influenza

Fecha vacunación: Día Mes Año

Hospitalización

- ☐ Hospitalizado

Fecha Hospitalización: Día Mes Año

Diagnóstico de ingreso:

- ☐ Grave

- ☐ VM

- ☐ ECMO

- ☐ Ingreso UCI

- ☐ VAFO

- ☐ Uso Antiviral

Fecha inicio tratamiento: Día Mes Año

Antiviral: ☐ Oseltamivir

☐ Zanamivir

Fallecimiento

- ☐ Fallece

Fecha Fallecimiento: Día Mes Año

Diagnóstico fallecimiento:

Instrucciones

- Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08.00 a 12:00 hrs.
- El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
- En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (02) 5755187