

## Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

### DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

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:  Se encuentra en periodo de puerperio Si  No  Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana:  Extranjera:  ¿Es migrante? Si  No  País de nacionalidad:  País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1  2  3  Otro:  Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento:  Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia:  Municipio de residencia:

Localidad:

Calle:  Número:

Entre qué calles:  y

Colonia:  C.P.:  Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si  No  ¿Habla alguna lengua indígena? Si  No

Ocupación:

¿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
Inicio súbito de los síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fiebre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cefalea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disnea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Irritabilidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diarrea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor torácico	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escalofríos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Odinofagia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mialgias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artralgias	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ataque al estado general	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rinorrea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polipnea	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vómito	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor abdominal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjuntivitis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cianosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anosmia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disgeusia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EPOC	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Asma	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inmunosupresión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipertensión	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VIH/SIDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obesidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tabaquismo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Especifique otros:

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI)   
2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

\*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

## 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:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

¿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:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

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

Otro animal

¿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

## LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

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

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

CORPORATIVO HOSPITALSATELITE

Tipo de muestra:

2.EXUDADO NASOFARINGEO

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:

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

Defunción:

Fecha de defunción:

dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

\*Defunción por influenza

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

Dr. Nevid Meza Medina

Fecha de elaboración:

dd/mm/aaaa