

DEFINICIÓN DE CASO OMS: Enfermedad aguda febril (fiebre mayor a 38° C) con un espectro de enfermedad que va de enfermedad tipo Influenza a neumonía con nexo epidemiológico de país afectado con transmisión humano a humano.

1. DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres: _____ HC: _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Localidad: _____ Partido: _____ Provincia: _____
 Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Ocupación: _____
 Paciente vacunado: NO () SI () Fecha de vacunación: ___/___/___

2. DATOS CLÍNICOS

Lugar de atención: _____ Fecha: ___/___/___
 Ambulatorio: _____ Internado: _____
 Comienzo de síntomas: _____

PERÍODO DE ESTADO (2 a 7 DÍAS). TILDAR LO QUE CORRESPONDA

Fiebre °C	Cefalea	Mialgia	Postración
Coriza	Dolor de Garganta	Tos moderada	Tos intensa
Náuseas	Vómitos	Diarrea	(25% de los niños)

COMPLICACIONES

Neumonía Viral	Neumonía Bacteriana	Pleuresia	Bronquitis
Bronquiolitis	Otitis	Faringitis	
Miocarditis	Pericarditis	Endocarditis	
Glomerulonefritis	Nefritis aguda		
Encefalitis	Meningitis	S. Guilllan Barre	S. Reye
Rayos X de Tórax	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Describir imagen: _____	

Tratamiento: SI NO

Sintomático (especifique): _____

Específico: Amantadina Rimantadina Oseltamivir

Antibacteriano (especifique): _____

3. EVOLUCIÓN

Fecha de alta: ___/___/___ Condición al alta: Referido SI () NO ()
 Hospital: _____ Fecha de remisión: ___/___/___
 Fallecido: SI () NO () Fecha de fallecimiento: ___/___/___



4. CONVIVIENTES ASINTOMÁTICOS DEL CASO ÍNDICE (3) NO VACUNADOS EN GRUPO DE RIESGO:

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	SEXO	PATOLOGÍA DE BASE	FECHA DE BLOQUEO	
				VACUNA	QUIMIO

A los convivientes sintomáticos de grupo de riesgo llenar nueva ficha, realizar toma de muestra e iniciar tratamiento específico.

5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de viaje a zonas afectadas: SI () NO () País: _____
 1 a 10 días antes de inicio de los síntomas _____
 Período de permanencia en el país afectado: ___/___/___ a ___/___/___
 Línea Aérea en la que ingresó al país y N° de vuelo: _____
 ¿Tuvo contacto con algún paciente sospechoso de influenza? (indique con una X)
 SI () NO () FAMILIAR () AMIGO () VIAJERO ()
 Nombre y Apellido _____ Domicilio: _____

6. DATOS DE LABORATORIO

	FECHA DE TOMA MUESTRA	FECHA DE PROCESAMIENTO	RESULTADOS	OBSERVACIONES
HISOPADO NASAL Y FARÍNGEO				
ANF				
ESPUTO				
SEROLOGÍA 1º MUESTRA				
SEROLOGÍA 2º MUESTRA				

7. RELACIÓN DE CONTACTOS

NÚMERO DE CONTACTOS		SIN SÍNTOMAS		CON SÍNTOMAS	
NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DE RELACIÓN	DOMICILIO	TELÉFONO	OBSERVACIONES	

DATOS DEL INVESTIGADOR:

NOMBRE Y APELLIDO _____ FIRMA: _____

INSTITUCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

