

FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE INFLUENZA e IRAB

Esta ficha debe ser completada en su totalidad, con letra de IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE. En caso de enviar fotocopia de esta ficha, asegurarse que los datos sean asimismo claros y legibles. No se recibirán muestras cuyas fichas no cumplan con estos requisitos.

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo ___ Ocupación: _____
 Domicilio: _____ H.C.: _____
 Localidad: _____ Departamento: _____ Tel.: _____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN PARA INFLUENZA:

Vacunado No Si Fecha: ___/___/___
 Vacunado de 6 meses a 8 años 1^a Dosis Fecha: ___/___/___ 2^{da} Dosis Fecha: ___/___/___
Vacunación de la madre en menores de 1 año
 Madre vacunada No Si Fecha: ___/___/___

DATOS CLÍNICOS

Lugar de atención: _____ Fecha de consulta: ___/___/___
 Ambulatorio Internado en: UTI UCI Sala Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Período de estado (2 a 7 días posteriores al inicio de los síntomas). Tildar lo que corresponda.

Fiebre > 38°C <input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>	Mialgia <input type="checkbox"/>	Decaimiento <input type="checkbox"/>
Rinorrea <input type="checkbox"/>	Dolor de Garganta <input type="checkbox"/>	Tos <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	

Complicaciones

Neumonía viral <input type="checkbox"/>	Neumonía bacteriana <input type="checkbox"/>	Pleuresía <input type="checkbox"/>	bronquitis <input type="checkbox"/>
Bronquiolitis <input type="checkbox"/>	otitis <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	Miocarditis <input type="checkbox"/>
Pericarditis <input type="checkbox"/>	Endocarditis <input type="checkbox"/>	Glomérulonefritis <input type="checkbox"/>	Nefritis aguda <input type="checkbox"/>
Adenopatía <input type="checkbox"/>	Encefalitis <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	Sínd. Guillain-Barré <input type="checkbox"/>
Síndrome de Reye <input type="checkbox"/>			

Radiografía de tórax: No Si Describir imagen: _____

TRATAMIENTO

Sintomático (especifique): _____
Antiviral específico: Oseltamivir Zanamivir
Antibacteriano (especifique): _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Diabetes <input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardíaca Crónica <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Obesidad <input type="checkbox"/>	Inmunodepresión <input type="checkbox"/>	Puerperio <input type="checkbox"/>
Enfermedad Respiratoria Crónica <input type="checkbox"/>	Oncohematología/Transplante <input type="checkbox"/>	Personal de Salud <input type="checkbox"/>

Otro: (especificar) _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INFLUENZA

Viajó? No Si Fecha ____/____/____

Lugar _____

Contacto con casos sospechosos No Si

Convivientes afectados No

Si Cuántos? _____ Sin factor de riesgo

Cuántos? _____ Con factor de riesgo* (indicar cuál)

* Grupo de Riesgo: 1- Diabetes, 2- Inmunodepresión, 3- Puerperio, 4- Embarazo, 5- Enf. Respiratoria Crónica, 6- Enf. Card. Crónica, 7- Oncohematología/Transplante, 8- Personal de Salud, 9- Obesidad, 10- Otros

DATOS DEL LABORATORIO

Muestra	Fecha de toma	Fecha procesam.	Resultado
Hisopado faríngeo	/ /	/ /	
Hisopado nasal	/ /	/ /	
Aspirado nasofaríngeo	/ /	/ /	

EVOLUCIÓN: Alta Fecha: ____/____/____

Derivado Fecha: ____/____/____ Hospital _____

Falleció Fecha: ____/____/____ Hospital _____

DATOS DEL NOTIFICADOR:

Establecimiento: _____

Localidad: _____

Depto.: _____ Provincia: _____

E-mail institucional: _____ Tel. institucional: _____

Apellido y nombre del profesional: _____

E-mail: _____ Tel./Cel.: _____

Firma _____ Sello o aclaración _____

Enviar Ficha completa y muestra rotulada, refrigerada y envuelta en triple envase a Área de Epidemiología
Rosario de Santa Fé 374, 2do Piso (Hospital San Roque Viejo), Barrio Centro. CP 5000- Córdoba.
Tel.- Fax: 0351- 434 1543 / 44. Celular de Guardia (24 Hrs.): 0351 153 463803 - E-mail: epidemiologiacadordoba@gmail.com

Esta ficha debe ser completada en su totalidad, con letra de IMPRENTA CLARA Y LEGIBLE. En caso de enviar fotocopia de esta ficha, asegurarse que los datos sean asimismo claros y legibles. No se recibirán muestras cuyas fichas no cumplan con estos requisitos.