


Estudio epidemiológico de caso sospechoso de influenza

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:  Expediente / IAN Cama
 Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:
 Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre:
 Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:
 Nacionalidad: 1=Mexicana: Entidad de nacimiento: Edad años
 2=Extranjera: País de nacimiento: Peso kg
 Sexo: 1=Masculino: Talla m
 2=Femenino: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo:
 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:

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: días
 ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

MARQUE CON UNA "X" LAS QUE APLIQUEN	Si	No
Inicio súbito de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-morbilidad	Si	No
MARQUE CON UNA "X" LAS QUE APLIQUEN		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra condición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique Otros:
 Diagnósticos de Ingreso:

Diagnostico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) SatO2 % FIO2
 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido algún tratamiento? Si No

Si la respuesta fue afirmativa:

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales? Si No

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 con ese antiviral? dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos? Si No

¿Se inicia tratamiento con antivirales? Si No

Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir
4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con otros casos de influenza 2 semanas previas? Si No

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Aves Si No
Cerdos Otro animal

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas? Si No

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año? Si No

Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa No sabe:

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? Si No

Folio INER Resultado
Folio INER Resultado
Folio INER Resultado

Laboratorio:

INER

Tipo de muestra:

1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo
3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra: dd/mm/aaaa

ESTADO DE GRAVEDAD

Intubado Si No

Caso grave Si No

Diagnóstico clínico de neumonía: Si No

EVOLUCIÓN (USO EXCLUSIVO UVEH-INER)

Evolución: 1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado
3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción

De acuerdo con la evolución llenar los campos correspondientes

Alta Especifique la evolución: 1=Mejoría 2=Curación Fecha de egreso:
3=Voluntaria 4=Traslado dd/mm/aaaa

En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado dd/mm/aaaa

Defunción: Fecha de egreso: dd/mm/aaaa Fecha de defunción: dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción *Defunción por influenza Si No

*Defunción con influenza Si No

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza

RESPONSABLE DEL LLENADO FORMATO SISVEFLU

Nombre y cargo de quien elaboró

Fecha de elaboración:
dd/mm/aaaa