SALUD Secretaría de Salud | IMSS | ISSSTE | PEMEX | SEDENA Secretaría de la Defensa Nacional | SEMAR Secretaría de Marina | SNDIF Sistema Nacional DIF | INPI Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

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: Mujer: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Dias de puerperio

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

Paises 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 índigena? Si No ¿Habla alguna lengua índigena? 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		
Fiebre		
Tos		
Cefalea		
Disnea		
Irritabilidad		
Dolor torácico		
Escalofrios		
Odinofagia		
Mialgias		
Artralgias		
Anosmia		
Disgeusia		
Rinorrea		
Conjuntivitis		

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes		
EPOC		
Asma		
Inmunosupresión		
Hipertensión		
VIH/SIDA		
Enfermedad cardiovascular		
Obesidad		
Insuficiencia renal crónica		
Tabaquismo		
Otros		

Espeficique otros:

Otros síntomas	Si	No
Ataque al estado general		
Diarrea		
Polipnea		
Dolor Abdominal		
Vómito		
Cianosis		

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 [ ]

¿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= Paxlovid
6= Otro, Especifique otro: [ ]
¿Cuándo se inicio el tratamiento 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=Paxlovid
5=Otro, Especifique otro: [ ]

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas? Si [ ] No [ ]

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

	Si	No		
Aves			Otro animal	
Cerdos				

¿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

¿Recibió la vacuna contra COVID-19 en último año? Si [ ] No [ ]

¿Cuantas dosis recibió? 1 [ ] 2 [ ]

** Al marcar dos dosis, tendrá que colocar las dos fechas de vacuanción de forma obligatoria*

*Coloque el numero de acuerdo a la marca de la vacuna que indique el caso

1era dosis	Fecha de vacunación:	[ ] dd/mm/aaa	Marca de la vacuna:	[ ]
2da dosis	Fecha de vacunación:	[ ] dd/mm/aaaa		
Dosis de refuerzo	Fecha de vacunación:	[ ] dd/mm/aaa	Marca de la vacuna:	[ ]

1	Pfizer BioNTech	6	Janssen (Johnson&Johnson)
2	AstraZeneca	7	Sinopharma
3	CanSino (Convidencia)	8	Novavax
4	Moderna	9	No recuerda
5	Gamaleya "Sputnik V"	10	Sinovac
11	Abdalá		

MUESTRA DE LABORATORIO PARA PCR

¿Se le tomó muestra al paciente? Si [ ] No [ ]

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra: [ ]

Tipo de muestra: [ ] 1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo
3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra: [ ] dd/mm/aaa

Resultado: [ ]

EVOLUCIÓN

Evolución: [ ] 1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domicilario/Seguimiento terminado
3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción*

Si el caso se da de alta: Especifíque la evolución: [ ] 1=Mejoría 2=Curación
3=Voluntaria 4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad? Si [ ] No [ ]

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Si [ ] No [ ]

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad? Si [ ] No [ ]

Fecha de egreso: [ ] dd/mm/aaaa

Defunción: Fecha de defunción: [ ] dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción [ ] Defunción por influenza o COVID- Si [ ] No [ ]

*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

Fecha de elaboración: [ ] dd/mm/aaaa