

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="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"/>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disgeusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-morbilidad

	Si	No
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"/>
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:

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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral?

 dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Si	No		
Aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro animal	<input type="text"/>
Cerdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de vacunación:

 dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

Tipo de muestra:

<input type="text"/>	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:

<input type="text"/>	1=Mejoría	2=Curación
	3=Voluntaria	4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de egreso:

 dd/mm/aaaa

DEFUNCIÓN

Defunción:

Fecha de defunción:

 dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

*Defunción por influenza

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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