



FICHA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Definición de caso: Infección respiratoria de aparición repentina de síntomas y al menos uno de los siguientes si: Tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, coriza (secreción nasal). Además, debe existir el criterio clínico de que la enfermedad es de origen infeccioso.

1. DATOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
1.1 Establecimiento de Salud:			1.2 Cód. Establecimiento:			1.3 Red de Salud:			
1.4 Departamento:			1.5 Municipio:			1.6 Localidad/comunidad:			
1.7 Subsector: 1.7.1 Público <input type="checkbox"/> 1.7.2 Seguridad social <input type="checkbox"/>			1.7.3 Ente gestor:.....			1.7.4 Privado <input type="checkbox"/>			
1.8 Fecha de notificación:/...../.....			Semana Epidemiológica:						
2. DATOS DEL PACIENTE									
2.1 Nombre y Apellido:			2.2 Edad:		2.3 Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
2.4 Ocupación:			2.5 Identidad Étnica:						
2.6 Fecha de nacimiento:/...../.....			2.7 Carnet Identidad/Cedula Extranjero/Pasaporte:						
2.8 País de procedencia:			2.9 Residencia Actual: 2.9.1 Departamento:						
2.9.2 Municipio:			2.9.3 Localidad/Ciudad:						
2.9.4 Dirección de Residencia									
2.10 En caso de menor de edad colocar nombre de los padres o apoderados:								2.11 Teléfono:	
3. DATOS EPIDEMIOLOGICO									
3.1 Antecedente de contacto con personas con síntomas respiratorios en últimos 10 días: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
3.2 Antecedente de exposición con aves enfermas/aves de corral (plumas, fluidos nasales o excremento): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
3.3 Lugar probable de infección: 3.3.1 País					3.3.2 Departamento:				
3.3.3 Municipio:					3.3.4 Ciudad/Localidad:				
3.4 Antecedente de vacunación:									
4. FACTORES DE RIESGO									
4.1 Hipertensión		4.2 Diabetes		4.3 Obesidad		4.4 Enfermedad Inmunológica		Otro:	
5. DATOS CLINICOS									
5.1 Fecha de inicio de síntomas:/...../.....									
5.2 Tos: Sí <input type="checkbox"/>		5.3 Odinofagia Sí <input type="checkbox"/>		5.4 Mialgia Sí <input type="checkbox"/>		5.5 Dificultad Respiratoria Sí <input type="checkbox"/>			
5.6 Fiebre: Sí <input type="checkbox"/>		5.7 Expectoración Sí <input type="checkbox"/>		5.8 Rinorrea Sí <input type="checkbox"/>		5.9 Perdida y/o disminución de Sí <input type="checkbox"/>			
5.10 Malestar Sí <input type="checkbox"/>		5.11 Diarrea: Sí <input type="checkbox"/>		5.12 Vómitos Sí <input type="checkbox"/>		5.13 Perdida y/o disminución Sí <input type="checkbox"/>			
5.14 Otolgia Sí <input type="checkbox"/>		5.15 Cefalea Sí <input type="checkbox"/>		5.16 Otro:					
6. CONDICION ACTUAL									
6.1 Ambulatorio		6.2 Hospitalizado		6.2.1 Fecha de ingreso:/...../..... 6.2.2 Fecha de egreso:/...../.....					
6.3 Internación en		6.3.1 Fecha de ingreso a UTI:/...../..... 6.3.2 Fecha de egreso a UTI:/...../.....							
6.4 Defunción		6.4.1 Fecha de defunción:/...../..... 6.5 Establecimiento de referencia:							
7. TRATAMIENTO ANTIVIRAL o ANTIBACTERIANO									
7.1 Recibo tratamiento antiviral: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7.2 Fecha de inicio de antiviral:/...../..... 7.3 Tipo de antiviral y dosis:									
7.4 Recibo tratamiento antibiotico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7.5 Fecha de inicio de antibiotico:/...../.....									
7.6 Tipo de antibiotico y dosis:									
8. LABORATORIO									
8.1 Se tomó muestra para Laboratorio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
8.2 Tipo de muestra. 8.2.1 Aspirado <input type="checkbox"/> 8.2.2 Hisopado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> 8.2.3 Hisopado combinado <input type="checkbox"/> 8.2.4 Otro:									
8.3 Laboratorio al que se envía la muestra:					8.4 Laboratorio que procesa la muestra:				
8.5 Fecha de toma de muestra:/...../.....					8.6 Fecha de envió:/...../.....				
8.7 Observaciones:									
9. DEFINICION DE CASO									
9.1 Caso sospechoso: 9.1.1 COVID - 19 <input type="checkbox"/> 9.1.2 Influenza <input type="checkbox"/> 9.1.3 Neumonía bacteriana <input type="checkbox"/> otro.....									
10. TIPO DE CASO									
10.1 Confirmado <input type="checkbox"/> 10.2 Descartado <input type="checkbox"/> 10.3 Indeterminado <input type="checkbox"/>									
11. DATOS DE NOTIFICACION									
11.1 Nombre y apellido de quien notifica:						11.2 Cargo:			
11.3 Teléfono:.....									
Firma Sello:						Sello Establecimiento de Salud:			