



Ministerio de Salud y Deportes

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA**  
**VIGILANCIA DE EVENTOS RESPIRATORIOS INUSITADOS**

FICHA DE INVESTIGACION CLINICA, EPIDEMIOLOGICA Y LABORATORIAL PARA VIGILANCIA DE EVENTOS RESPIRATORIOS INUSITADOS

<b>DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>				
SEDES..... Red:..... Municipio:.....				
Establecimiento de Salud:..... Nivel de atención:..... Fecha de notificación: ___ / ___ / ___ Semana Epidemiológica				
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>				
Fecha de nacimiento	___ / ___ / ___	Identidad etnica:.....	Edad:	<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> días
Nombres:		Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		
Apellidos:		Celular:.		
C.I./DNI/Pasaporte N°	Nacionalidad:	Ocupación:		
Dirección de Residencia:..... Departamento:..... Provincia: .....				
Municipio..... Localidad.....				
En caso de menor de edad colocar nombre de los padres o apoderados ..... Cel.....				
<b>DATOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>				
¿El paciente tuvo contacto con aves o mamíferos vivos o muertos (plumas, excrementos, fluidos, etc) en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?				
NO <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	¿Cuál?: (especifique el nombre del animal y fluido).....		
¿La ocupación del paciente incluye trabajo en un mercado de animales vivos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
Especifique nombre y ubicación del mercado:.....				
Realiza alguna actividad o habita en un lugar que involucra el contacto con aglomeracion de personas NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> ¿Cuál?: .....				
El paciente viajó al interior del país en los 14 días previos a la aparición de los síntomas? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
Especifique el lugar:.....				
El paciente viajó al exterior del país en los 14 días previos a la aparición de los síntomas? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
Especifique el país 1:..... Tiempo de estadia:.....				
Especifique el país 2:..... Tiempo de estadia:.....				
Especifique el país 3:..... Tiempo de estadia:.....				
Lugar de origen del viaje Ciudad/Estado:..... Fecha de ingreso al País: / /				
Número de vuelo:..... Número de asiento:.....				
Número de Placa:..... Número de asiento:.....				
Línea aérea o Transporte terrestre: .....				
En los 14 días previos a la aparición de los síntomas, ¿El paciente se expuso a una persona con sintomatología similar o con diagnóstico confirmado de Influenza?				
NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> ¿Dónde?.....				
Antecedente de vacunación				
Influenza	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Sin inf. <input type="radio"/>	Fecha de la última vacuna para influenza: / /
Fuente de información de vacunas: carnet de vacunación y/o registro en RNVE: .....				
<b>FACTORES DE RIESGO</b>				
Factor de riesgo: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Comorbilidades: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/>		Cardiopatía crónica <input type="checkbox"/> Enf. Renal Crónica <input type="checkbox"/> Enf. Neurológica crónica <input type="checkbox"/>		
Bajo peso al nacer: <input type="checkbox"/>		Diabetes <input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/>		
Ausencia de lactancia materna: <input type="checkbox"/>		Hipertension Arterial: <input type="checkbox"/> Enf. Hepática crónica: <input type="checkbox"/> Obesidad: <input type="checkbox"/>		
Prematuridad: <input type="checkbox"/>		EPOC <input type="checkbox"/> Transplante pulmonar: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/>		
Desnutrición: <input type="checkbox"/>		Patología oncológica: <input type="checkbox"/> NAC previa: <input type="checkbox"/>		
Otro: .....				
Otro: .....				

<b>DATOS CLÍNICOS</b>						
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____						
Fiebre ≥ 38°	<input type="checkbox"/>	Rinorrea:	<input type="checkbox"/>	Malestar general:	<input type="checkbox"/>	
Tos	<input type="checkbox"/>	Náuseas Vómitos	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria:	<input type="checkbox"/>	
Mialgia	<input type="checkbox"/>	Taquipnea:	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	
Cefalea	<input type="checkbox"/>	Artralgia:	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival:	<input type="checkbox"/>	
Fatiga o sensación de cansancio extremo		<input type="checkbox"/>	Anosmia	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>
Ageusia:		<input type="checkbox"/>	Otro: .....	<input type="checkbox"/>		
<b>CONDICIÓN ACTUAL</b>						
Ambulatorio:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Hospitalización:		Fecha de ingreso: ____/____/____	Diagnóstico principal de Internación: .....			
UCI/UTI		Fecha de egreso: ____/____/____	Otros diagnósticos de ingreso:.....			
UCI/UTI		Fecha de ingreso: ____/____/____				
UCI/UTI		Fecha de egreso: ____/____/____				
El paciente fue aislado		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de aislamiento	____/____/____		
Condición de egreso:		Curado: <input type="checkbox"/>	Fallecido: <input type="checkbox"/>	Transferido: <input type="checkbox"/>	Referido: <input type="checkbox"/> Otro: .....	
Establecimiento de transferencia/referencia:				Fecha de fallecido:	____/____/____	
<b>TRATAMIENTO ANTIVIRAL</b>						
Tratamiento antiviral:		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No Sabe <input type="radio"/>	Fecha de uso antiviral: ____/____/____	Tipo Antiviral: _____ Dosis: _____		
<b>CONTACTOS</b>						
Nombre y Apellidos		Edad/ Sexo	Grado de parentesco	Línea aérea / Terrestre	Nº Vuelo/ Nº Placa	
<b>LABORATORIO</b>						
Se tomó la muestra		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de toma de muestra : ____/____/____	Tipo de muestra: _____		
Fecha de envío:		____/____/____	Laboratorio destino de la muestra:			
Fecha de recepción:		____/____/____	(1) RT-PCR tiempo real: <input type="radio"/> Influenza A	(2) RT-PCR tiempo real: <input type="radio"/> Influenza B	(3) RT-PCR tiempo real: otros virus respiratorio	
Fecha inicio de Proceso:		____/____/____	Positivo <input type="radio"/>	Positivo <input type="radio"/>	Positivo <input type="radio"/>	
Fecha final de proceso:		____/____/____	Negativo <input type="radio"/>	Negativo <input type="radio"/>	Negativo <input type="radio"/>	
Fecha de reporte:		____/____/____	Subtipo:	Linaje:	Virus:	
Fecha de cierre de caso		____/____/____				
<b>DATOS DE NOTIFICACIÓN</b>						
Nombre y apellidos de quien notifica:..... Celular:..... Cargo: .....						

SELLO (EE.SS.)

FIRMA Y SELLO (Responsable)

FIRMA Y SELLO (Laboratorio)