



Ministerio de Salud y Deportes

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

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

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

SEDES.....Red:..... Municipio:.....

Establecimiento de Salud:..... Nivel de atención:..... Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Semana Epidemiológica

**DATOS DEL PACIENTE**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Identidad etnica:..... Edad: ☐ años ☐ meses ☐ días

Nombres:..... Sexo: F ☐ M ☐

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.....

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

¿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 ☐ SI ☐ ¿Cuál?: (especifique el nombre del animal y fluido).....

¿La ocupación del paciente incluye trabajo en un mercado de animales vivos? SI ☐ NO ☐

Especifique nombre y ubicación del mercado:.....

Realiza alguna actividad o habita en un lugar que involucra el contacto con aglomeración de personas NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?: .....

El paciente viajó al interior del país en los 14 días previos a la aparición de los síntomas? SI ☐ NO ☐

Especifique el lugar:

El paciente viajó al exterior del país en los 14 días previos a la aparición de los síntomas? SI ☐ NO ☐

Especifique el país 1: Tiempo de estadía:

Especifique el país 2: Tiempo de estadía:

Especifique el país 3: Tiempo de estadía:

Lugar de origen del viaje Ciudad/Estado:.....Fecha de ingreso al País: / /

Línea aérea o Transporte terrestre: .....

Número de vuelo:.....Número de asiento:.....

Número de Placa:.....Número de asiento:.....

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 ☐ SI ☐ ¿Dónde?:.....

**Antecedente de vacunación**

Influenza Si ☐ No ☐ Sin inf. ☐ Fecha de la última vacuna para influenza: / /

Fuente de información de vacunas: carnet de vacunación y/o registro en RNVE: .....

**FACTORES DE RIESGO**

**Factor de riesgo:** SI ☐ NO ☐

Embarazo ☐ Puerperio ☐

Bajo peso al nacer: ☐

Ausencia de lactancia materna: ☐

Prematuridad: ☐

Desnutrición: ☐

Otro:.....

**Comorbilidades:** SI ☐ NO ☐

Cardiopatía crónica ☐ Enf. Renal Crónica ☐ Enf. Neurológica crónica ☐

Diabetes ☐ Bronquiolitis ☐ Tuberculosis ☐

Hipertensión Arterial: ☐ Enf. Hepática crónica: ☐ Obesidad: ☐

EPOC ☐ Transplante pulmonar: ☐ Asma ☐

Patología oncológica: ☐ NAC previa: ☐

Otro: .....

DATOS CLÍNICOS						
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____						
Fiebre ≥ 38° <input type="checkbox"/>	Rinorrea: <input type="checkbox"/>	Malestar general: <input type="checkbox"/>	Odinofagia <input type="checkbox"/>			
Tos <input type="checkbox"/>	Náuseas Vómitos <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria: <input type="checkbox"/>	Tiraje: <input type="checkbox"/>			
Mialgia <input type="checkbox"/>	Taquipnea: <input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/>	Diarrea: <input type="checkbox"/>			
Cefalea <input type="checkbox"/>	Artralgia: <input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival: <input type="checkbox"/>	Desorientación: <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: .....		
CONDICIÓN ACTUAL						
Ambulatorio:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Hospitalización:	Fecha de ingreso:	Diagnóstico principal de Internación: .....				
	Fecha de egreso:	Otros diagnósticos de ingreso:.....				
UCI/UTI	Fecha de ingreso:					
	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:	____/____/____		
TRATAMIENTO ANTIVIRAL						
Tratamiento antiviral:	SI <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No Sabe <input type="radio"/>	Fecha de uso antiviral: ____/____/____	Tipo Antiviral:	Dosis:		
CONTACTOS						
Nombre y Apellidos		Edad/ Sexo	Grado de parentesco	Linea aérea / Terrestre	Nº Vuelo/ Nº Placa	Nº Asiento
LABORATORIO						
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: ____/____/____	Resultado	(1) RT-PCR tiempo real: Influenza A	(2) RT-PCR tiempo real: 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:		
		Otro:				
Fecha de cierre de caso	____/____/____					
DATOS DE NOTIFICACIÓN						
Nombre y apellidos de quien notifica:..... Celular:..... Cargo: .....						

SELLO (EE.SS.)

FIRMA Y SELLO (Responsable)

FIRMA Y SELLO (Laboratorio)