

**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD**

FICHA EPIDEMIOLÓGICA para INVESTIGACIÓN de CASOS de INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES 2013

Para utilizar en pacientes hospitalizados, ambulatorios de u.centinelas, o fallecidos con IRAs, con muestras obtenidas para estudio virológico.

Caso sospechoso: Toda persona que presente **enfermedad respiratoria aguda febril (>38° C)** en un espectro que va de enfermedad tipo influenza a neumonía. Enviar a rforlenza@buenosaires.gob.ar // epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRES:..... **Edad:**..... **Sexo:**.....
Dirección: calle y n°..... **Ciudad:**.....
Provincia:..... **País:**..... **Tel:**..... **DNI:**.....
Ocupación:..... **Domicilio Laboral:**..... **Tel:**.....

DATOS DEL NOTIFICADOR

A y N del Profesional:..... **Tel:**.....
Correo electrónico:..... **Establecimiento:**.....

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Recibió vacuna antigripal: Trivalente: otras
Vacunación en años anteriores: No SI . **Fecha última dosis:**.....
Viajes en 7 días antes de inicio de los Síntomas: NO: SI: **Dónde viajó?:**.....
Fecha de Regreso: .../.../..... **N° de vuelo y Cía.:**..... **Caso Relacionado a brote** NO: SI:
Estuvo en contacto 7 días antes con enfermos confirmados de INFLUENZA NO SI: **Inf A**
subtipo:..... **Sin subtipicar** **Inf.B** **Otro virus** **dónde?**.....
Contacto con aves enfermas NO: SI: **dónde?**.....
EMBARAZO: NO: SI: **Semanas de gestación:**.....
OTRAS COMORBILIDADES: (detallar)

DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio síntomas: .../.../..... **Fecha 1ª consulta:**.../.../.....
Lugar de atención ambulatorio:..... **Fecha Notificación:**.../.../.....

Caso sospechoso compatible con: Bronquiolitis < 2 años **Enfermedad tipo influenza**
 Neumonía **Otros**

Internado : NO SI **Fecha de internación:**.../.../.....
Hospital: **SALA GRAL** **UTI** **ARM**

Rx. de Tórax: (describir imagen):

Tratamiento antiviral: NO SI **Droga:**..... **F. Inicio TTo:** .../.../.....
Dosis indicada:..... **Días de TTo:**.....

LABORATORIO VIROLÓGICO

	Fecha toma de muestra	Resultados IFI Laboratorio	Resultados PCR Laboratorio	Observaciones
Hisopado nasal				
Aspirado NF				
Otras muestras estudiadas				

EVOLUCION

COMPLICACIONES: NO SI :.....

CONDICION AL EGRESO: fecha:.../.../..... **Alta** **Derivado.** **Otras**

FALLECIDO: NO SI fecha...../...../.....

DIAGNOSTICO AL EGRESO :

Comentarios:

Firma:.....