FICHA INFLUENZA A H1N1 PARA PACIENTE TRASPLANTADO DE ÓRGANOS SÓLIDOS

Nombre de quien realiza el reporte _____

Institución _____ e-mail _____

Fecha del llenado _____

Paciente: nombre y apellido _____

Fecha de nacimiento (d / m / a) _____/_____/_____

País de residencia _____

Ciudad de residencia _____

Género	☐ M ☐ F
Órgano trasplantado	☐ riñón ☐ hígado ☐ corazón ☐ pulmón ☐ páncreas ☐ otro (especificar):_____
Fecha del trasplante (d / m / a)	_____/_____/_____
Fecha del diagnóstico (d / m / a)	_____/_____/_____
Cómo se realizó el diagnóstico	☐ no se pudo efectuar diagnóstico virológico ☐ cultivo ☐ rt-PCR ☐ diagnóstico rápido ☐ otros : _____
Recibió el paciente vacunación antigripal en esa temporada	☐ SÍ ☐ NO ☐ Se ignora
Qué síntomas presentó el paciente	☐ fiebre > 38° ☐ tos ☐ dolor de garganta ☐ cefalea ☐ disnea ☐ diarrea ☐ rinorrea
Temperatura máxima	_____° C
Hipoxia (saturación O2 < 90% con aire ambiental)	☐ SI ☐ NO
Estaba el paciente recibiendo profilaxis con Oseltamivir	☐ SI ☐ NO ☐ Se ignora
Recibió tratamiento antiviral	☐ SI ☐ NO
Especificar el tratamiento antiviral	☐ Oseltamivir ☐ Amantadina ☐ Rimantidina ☐ Zanamivir Otros: _____
Estuvo el paciente hospitalizado	☐ SI ☐ NO
Estuvo el paciente internado en UTI	☐ SI ☐ NO
Tuvo el paciente neumonía viral	☐ SI ☐ NO ☐ Unilateral ☐ Bilateral
Requirió ARM	☐ SI ☐ NO
Se efectuó diagnóstico de Influenza Estacional	☐ SI ☐ NO
Presentó otros cultivos (+)	☐ SI ☐ NO Especificar: _____
Que tratamiento inmunosupresor estaba recibiendo	☐ prednisona ☐ cyclosporina ☐ tacrolimus ☐ mycofenolato m ☐ rapamicina ☐ azatioprina ☐ otros (especificar): _____
Recibió anticuerpos antilinfocíticos en los 6 meses pasados	☐ SI ☐ NO ☐ Se ignora
Cuál fue la evolución final (1 mes después del diagnóstico)	☐ Recuperación total ☐ Recuperado parcial (todavía continúa enfermo) ☐ Persiste seriamente enfermo ☐ Falleció
La función del órgano trasplantado, estuvo comprometida	☐ SI ☐ NO ☐ Se ignora

Otros comentarios _____

_____