

# FICHA EPIDEMIOLÓGICA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD (SNVS)  
AREA DE VIGILANCIA DE LA SALUD - DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

notifica@msal.gov.ar

Nombre del Establecimiento

Localidad  Provincia

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Apellido y nombre  Documento: Tipo y N°

Provincia  Departamento  Localidad

Edad:  años  meses Sexo: M  F  Teléfono

**DIAGNÓSTICO:** Síndrome Gripal  Neumonía  Bronquiolitis  Fecha de Inicio de Síntomas  /  /

Otros:

¿Tuvo contacto con caso confirmado de Influenza? No  Si

¿Viajó en los últimos 15 días? No  Si  ¿Dónde?  Fecha de Regreso  /  /

## ENFERMEDADES PREVIAS O FACTORES DE RIESGO:

- NINGUNO
- Embarazada  Semanas de gestación
- Enfermedades respiratorias:
- Enfermedades cardíacas:
- Pacientes Oncohematológicos y trasplantados:
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas:
- Obeso con índice de masa corporal mayor a 40  Diabéticos
- Insuficiencia renal crónica  Retraso madurativo grave en menores de 18 años de vida.
- Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves
- Tratamiento crónico con acido acetilsalicílico en menores de 18 años.
- Contacto con caso confirmado de Influenza
- Otros:

## ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN: NO VACUNADO

|                                    |   |  |  |  |
|------------------------------------|---|--|--|--|
| <b>Antigripal</b>                  | Constatada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/> | 1° Dosis: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 2° Dosis: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Año previo <input type="checkbox"/> <input type="text"/>                 |
| <b>Otras vacunas (especificar)</b> |   | Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>     |  | Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |

## DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra  /  /  Tipo: Aspirado  Hisopado  Lavado broncoalveolar   
Otra (especificar)

### Resultados: (Referir coinfecciones)

Influenza A  Influenza B  IF  Real Time RT-PCR  Ct obtenido:   
Subtipificación Influenza A: H1N1  H3N2  No Subtipificado

Otros virus respiratorios:

## TRATAMIENTO

| Antimicrobianos | Uso   | Fecha de Inicio  | Duración (días) |
|-----------------|---|--|-----------------|
| Oseltamivir     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                 |
| Antibióticos    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                 |

## COMPLICACIONES EN EVOLUCIÓN

Ambulatorio  Internado  Fecha de Internación  /  /  Sala general  UTI  ARM

Fallecido  Fecha de Defunción  /  /

## OBSERVACIONES

## DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_