



Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:

Sexo: Hombre: Mujer: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de nacionalidad: País de origen:

Países en transito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia: Municipio de residencia:

Localidad:

Calle: Número:

Entre qué calles: y

Colonia: C:P: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si No ¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso: Tipo de paciente: 1=Ambulatorio 2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

Co-morbilidad

	Si	No		Si	No
Inicio súbito de los síntomas			Diabetes		
Fiebre			EPOC		
Tos			Asma		
Cefalea			Inmunosupresión		
Disnea			Hipertensión		
Irritabilidad			VIH/SIDA		
Diarrea			Otra condición		
Dolor torácico			Enfermedad cardiovascular		
Escalofríos			Obesidad		
Odinofagia			Insuficiencia renal crónica		
Mialgias			Tabaquismo		
Artralgias			Otros		
Ataque al estado general					
Rinorrea			Especifique otros: <input type="text"/>		
Polipnea					
Vómito					
Dolor abdominal					
Conjuntivitis					
Cianosis					
Otro					

Diagnostico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

¿Cuándo se inicio el tratamiento con ese antiviral?

dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con otros casos de influenza o COVID-19 en las ultimas dos semanas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

	Si	No	
Aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro animal <input type="text"/>
Cerdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de vacunación:

dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laboratorio que procesará la muestra:

Tipo de muestra:

- 1=Exudado faringeo
- 2=Exudado Nasofaringeo
- 3=Lavado bronquial
- 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:

dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

- 1=Alta
- 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado
- 3=Caso grave
- 4=Caso no grave
- 5=Defunción

Si el caso se da de alta:

Especifique la evolución:

<input type="text"/>	1=Mejoria	2=Curación
	3=Voluntaria	4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de egreso:

dd/mm/aaaa

Defunción:

Fecha de defunción:

dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

*Defunción por influenza

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:

dd/mm/aaaa