

FICHA DE NOTIFICACION ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA¹

(Válida también como receta de antiviral y solicitud de diagnóstico virológico si las indicaciones se ajustaran al protocolo)

Para aquellas ciudades² en las que ya exista transmisión interhumana comprobada, la definición de Casos será única y categorizada como **Enfermedad Tipo Influenza (ETI)**.

Caso sospechoso de ETI: "Toda persona que presente enfermedad respiratoria aguda febril (> 38° C) en un espectro que va de enfermedad tipo influenza a neumonía."

En las otras localidades se seguirá considerando caso sospechoso al que evidencie nexo epidemiológico.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Apellido y nombre:	F.N.:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio de residencia:		D.N.I.:
Teléfono:		
Localidad:	Provincia:	
Ocupación:	Lugar de trabajo:	
Escolaridad	Establecimiento al que asiste:	

INFORMACION CLINICA			
Fecha inicio síntomas:/..../....		Fecha consulta:/..../....	
Condición: ambulatorio <input type="checkbox"/> internado <input type="checkbox"/>		ARM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Establecimiento de atención:		Establecimiento de internación:	
Fiebre: °C	Cefalea <input type="checkbox"/>	Mialgia <input type="checkbox"/>	Postración <input type="checkbox"/>
Coriza <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Tos moderada <input type="checkbox"/>	Tos intensa <input type="checkbox"/>
Náuseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Distress respiratorio <input type="checkbox"/>
Factores de Riesgo		Complicaciones o signos a destacar al triage	
Embarazo <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>		
Diabetes <input type="checkbox"/>	Inmunodepresión <input type="checkbox"/>		
EPOC <input type="checkbox"/>	Obesidad mórbida <input type="checkbox"/>		
Cardiopatía <input type="checkbox"/>	Otro : _____		
Rayos X de Tórax: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

DATOS DE LABORATORIO					
	Hisopado Nasofaríngeo	Aspirado Nasofaríngeo	Espuito	Serología 1ra muestra	Serología 2da muestra
Fecha toma de muestra/..../..../..../..../..../..../..../..../..../....
Fecha de Procesamiento/..../..../..../..../..../..../..../..../..../....
Resultados					

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA

¹ Implementada a partir 26-6-09.

² Si tiene dudas verificar con autoridad sanitaria local o regional.

