FICHA DE NOTIFICACION ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA[1]

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

Para aquellas ciudades[2] 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 (> 38º 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☐ F☐
Domicilio de residencia: Teléfono:	D.N.I:	
Localidad:	Provincia:	
Ocupación:	Lugar de trabajo:	
Escolaridad	Establecimiento al que asiste:	

INFORMACION CLINICA			
Fecha inicio síntomas: ..../..../....		Fecha consulta: ..../..../....	
Condición: ambulatorio ☐ internado ☐	ARM: SI ☐ NO ☐	Establecimiento de atención: Establecimiento de internación:	
Fiebre: ºC	Cefalea ☐	Mialgia ☐	Postración ☐
Coriza ☐	Dolor de garganta ☐	Tos moderada ☐	Tos intensa ☐
Náuseas ☐	Vómitos ☐	Diarrea ☐	Distress respiratorio ☐
Factores de Riesgo		**Complicaciones o signos a destacar al triagge**	
Embarazo ☐	Insuficiencia renal ☐		
Diabetes ☐	Inmunodepresión ☐		
EPOC ☐	Obesidad mórbida ☐		
Cardiopatía ☐	Otro :		
Rayos X de Tórax: Si ☐ No ☐			

DATOS DE LABORATORIO					
	Hisopado Nasofaríngeo	Aspirado Nasofaríngeo	Esputo	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.

Región Sanitaria I
Ministerio de Salud

Buenos Aires
LA PROVINCIA

Viajó a Zonas afectadas 10 días antes de inicio de los Síntomas: Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Lugar:
¿Tuvo contacto con algún paciente sospechoso de influenza? Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Nombre y apellido:

CONTACTOS ESTRECHOS

Nombre y Apellido	Relación	Domicilio	Presencia de Factor de Riesgo (cual?)

RECETA

Prescripción:	Fecha: ..../..../....
Profesional: Teléfono:	
Institución:	

VACUNACION ANTIGRIPAL: SI.....FECHA...../...../.....
NO.....