Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA /SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA - DIVISIÓN DE GESTION DE REDES ASISTENCIALES

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG)

FICHA DE NOTIFICACION/INVESTIGACION Y ENVIO MUESTRAS PARA VIGILANCIA INTENSIFICADA DE IRAG

Definión de caso de IRAG: toda persona que requiera hospitalización por fiebre, tos y dificultad respiratoria.

I. DATOS DE NOTIFICACIÓN

1 Código del establecimiento _____

2 Cód. Caso _____

3 Fecha de captación del caso ___ / ___ / ___ (día mes año)

4 Fecha de notificación del caso ___ / ___ / ___ (día mes año)

II. DATOS GENERALES

5 Nombre del paciente ☐ Primer Nombre ____ Segundo Nombre ____ Primer Apellido ____ Segundo Apellido ____

6 RUT _____

7 Lugar de Residencia ____ Región ____ Comuna ____

8 Fecha Nacimiento ___ / ___ / ___ (día mes año)

9 Edad ☐☐ Años ☐☐ Meses ☐☐ Días

10 Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL CASO

11 Factores de riesgo y comorbilidades

Vacunación Influenza SI ☐ No ☐

Embarazo 1 T ☐ 2T ☐ 3T ☐ No ☐

Puerperio SI ☐ No ☐

Alcoholismo SI ☐ No ☐

Tabaquismo SI ☐ No ☐

Comorbilidad

- ☐ Cardiopatía crónica
- ☐ Diabetes dependiente de insulina o Hipoglicemiante
- ☐ Enfermedad neurológica crónica
- ☐ Sindromede Down
- ☐ Asma
- ☐ Enfermedad pulmonar crónica
- ☐ Engermedad hepática crónica
- ☐ Enfermedad renal crónica
- ☐ Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento
- ☐ Obesidad I.M.C. 30-40 ☐ >40 ☐
- ☐ Otras. Especificar _____

IV. HOSPITALIZACIÓN / DATOS CLINICOS DEL CASO

12 Sintomatología Fecha inicio Fiebre ___ / ___ / ___ (día mes año) Dificultad Respiratoria SI ☐ No ☐

13 Fecha de hospitalización ___ / ___ / ___ (día mes año) Servicio _____ 14 Número Ficha Clínica _____

15 Uso de Antiviral SI ☐ No ☐ Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Fecha de inicio ___ / ___ / ___ (día mes año)

16 Ingreso a Unidad de Paciente Crítico SI ☐ No ☐ Fecha de ingreso ___ / ___ / ___ (día mes año) Egreso ___ / ___ / ___ (día mes año)

V.M. ☐ V.M/NO Inv. ☐ ECMO ☐ VAFO ☐ PaO_2/FIO_2 ☐

V. DATOS LABORATORIO

15 Muestra de Laboratorio ☐ SI ☐ No ☐ Fecha de toma ___ / ___ / ___ (día mes año) Fecha de envío ___ / ___ / ___ (día mes año)

16 Tipo de Muestra Aspirado Nasofar./traqueal ☐ Hisopado Nasofaríngeo ☐ Lavado bronco alveolar ☐ Biopsia pulmonar ☐

Fecha de recepción ___ / ___ / ___ (día mes año) Muestra No Procesada ☐ Causa no procesamiento _____

Fecha procesamiento IF ___ / ___ / ___ (día mes año) Fecha procesamiento PCR ___ / ___ / ___ (día mes año)

17 Resultados IF Negativo ☐ Positivo ☐ Fecha resultado ___ / ___ / ___ (día mes año)

Virus identificado Influenza A ☐ Influenza B ☐ VRS ☐ Adenovirus ☐ Parainfluenza ☐ (I ☐ II ☐ III ☐) Metapneumov.

18 Resultados PCR Negativo ☐ Positivo ☐ Fecha resultado ___ / ___ / ___ (día mes año)

Tipo/subtipo Influenza B ☐ A ☐ A (H1N1)2009 ☐ A (H3N2) ☐ A (H1N1) estac. ☐ A no subtipificable ☐

VI. EGRESO

19 Fecha de Egreso ___ / ___ / ___ (día mes año)

18 Condición Egreso ☐ Alta ☐ Fallecido ☐

20 Fecha de cierre de caso ___ / ___ / ___

Firma del responsable _____