

VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA PARA ESTUDIO DE LOS CASOS

ARGENTINA
NOS INCLUYE



1. DATOS GENERALES DE LA UNIDAD CENTINELA, DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE

1.1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA Y DEL PERSONAL NOTIFICANTE

Nombre de la Institución Notificante Sala de internación

Personal notificante

Tel. Celular Correo electrónico

1.2. IDENTIFICACION DEL CASO DE IRAG

Apellido y nombre Documento: Tipo y N° HC

Provincia Departamento Localidad

Calle N° Piso Depto. Cód. Postal Teléfono

Centro de Salud de referencia

1.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL CASO DE IRAG

Fecha de nacimiento Edad: años meses semanas. **Sexo:** Masculino Femenino

Centro educativo o laboral

2. ANTECEDENTES DE INTERÉS

2.1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y PERSONALES

Immunosupresión congénita o adquirida <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	Bronquiolitis previa <input type="checkbox"/>
Hepatopatía crónica <input type="checkbox"/>	EPOC <input type="checkbox"/>	N.A.C. previa <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>
Puerperio <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular <input type="checkbox"/>
Prematuridad (___ semanas) <input type="checkbox"/>	Bajo Peso al nacer (___ gr) <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal Crónica <input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>	Otros, especificar: <input type="text"/>	

2.2. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

VACUNA	Vacunación al día según esquema nacional certificada por carnet	Referida	Constataada con libreta o certificado (Fecha completa) /Referida(mes/año)			
Anti Neumocócica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/> PS 23 <input type="checkbox"/> VCN13 <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_	2º Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_	
Con componente Hib	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_	2º Dosis _/_/_	3º Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
Con componente B. pertussis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_	2º Dosis _/_/_	3º Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
Anti gripal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_	2º Dosis _/_/_		
Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses						
Con componente B. pertussis	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_	2º Dosis _/_/_	3º Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
Anti gripal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin carnet <input type="checkbox"/>		1º Dosis _/_/_			

Observaciones acerca de la vacunación:

Antecedente de lactancia en paciente < 6 m: Materna exclusiva Materna + artificial Artificial desde nacimiento

2.3. ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS PREVIO A LA INTERNACIÓN

Antivirales SI NO NS/NC Fecha de Inicio Duración (días)

Antibióticos SI NO NS/NC Fecha de Inicio Duración (días)

2.4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta	Nº de veces	Fecha última
¿Ha viajado o residido en una zona afectada por brotes de influenza en humanos, aves u otros animales en la última semana?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/ NC <input type="checkbox"/>		_/_/_
¿Ha tenido contacto con otras personas enfermas o muertas por IRAG en la última semana?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/ NC <input type="checkbox"/>		_/_/_
¿Estuvo internado por IRAG?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/ NC <input type="checkbox"/>		_/_/_

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**3.1. FECHA DE INTERÉS**Fecha de Inicio de 1º síntomas: Semana epidemiológica (se estima por sistema) Fecha de 1ª consulta: Centro de Salud de 1ª consulta Fecha de Internación: N° de consultas previas a la internación Internación en UTI SI NO Fecha de Internación en UTI Requerimiento de ARM SI NO **3.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Signos y síntomas	Si	No	Sin dato	Signos y síntomas	Si	No	Sin dato
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)				Diarrea			
Tos				Artralgias / artritis			
Dolor torácico				Rechazo del alimento			
Mialgias				Tiraje			
Odinofagia				Insuficiencia respiratoria			
Dolor abdominal				Taquipnea			
Vómitos				Otros			

3.3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN (al menos uno obligatorio)Saturación ambiental: % Radiografía de Tórax: Normal Patológica No realizada **3.4. DIAGNÓSTICO AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN** (al menos uno obligatorio)

Diagnóstico	Si	No	Sin dato	Diagnóstico	Si	No	Sin dato
Faringitis				Neumonía aguda de la comunidad			
Bronquiolitis				Bronquitis			
Laringitis				Neumonía atípica			
IRAG no precisada				Laringotraqueobronquitis			
Shock				Otras, especificar:			

4. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO

Los estudios de laboratorio serán relacionados directamente desde el software de UC con el caso del SIVILA. Recuerde que TODOS los casos estudiados por laboratorio en la UC deben tener una ficha individual en SIVILA consignando todos los estudios realizados (viroológicos, bacteriológicos, etc.)

4.1. Fecha de toma de muestra 4.2. Tipo de muestra tomada Aspirado Hisopado Lavado broncoalveolar Otra (especificar)

4.3. Resultados: (Referir todas las coinfecciones)

IF PCR RT-PCR

4.4. Tratamiento durante la internación

Antimicrobianos	Uso	Fecha de Inicio	Duración del tratamiento (días)
Oseltamivir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Zanamivir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Antibióticos (Especificar)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Otros (Especificar):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	

5. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**5.1. Complicaciones durante la internación****Respiratorias**

Insuficiencia respiratoria
 Empiema
 Absceso pulmonar
 Neumonía nosocomial

Generales

Sepsis
 Shock
 CID
 Otras (Especificar)

Insuficiencia renal Infección nosocomial ARM (____días) **5.2. Condición al Egreso**

Vivo Curado Mejorado Con Secuela Derivado Fecha de Egreso
 Fallecido Fecha de Defunción

5.3. OBSERVACIONES