

FORMULARIO PARA TOMA DE MUESTRAS ANTE SOSPECHA DE INFLUENZA A H1N1 (NUEVA CEPA)

Nombre del paciente: _____ Sexo: M ___ F ___ Edad _____

Cédula/Historia Clínica _____ Instalación: _____ Región _____

| <u>DATOS CLÍNICOS</u> | | | |
|----------------------------------|----|----|-------|
| Signos y síntomas | No | Si | Fecha |
| Fiebre \geq 38°C | | | |
| Tos | | | |
| Odinofagia | | | |
| Rinorrea | | | |
| Malestar general | | | |
| Disnea | | | |
| Letargo en niños < 1 año de edad | | | |

| <u>FACTORES DE RIESGO</u> |
|--|
| Reside en área con casos de Influenza A H1N1: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Es contacto de caso probable ó confirmado de Influenza A H1N1: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre del contacto, del sitio de trabajo ó de la escuela: _____ |
| Durante los últimos 10 días ha viajado a alguno de los países con casos confirmados de Influenza a H1N1: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre del país: _____ |
| Durante los últimos 10 días ha estado en el país en contacto con alguna persona de los países con casos confirmados de Influenza a H1N1: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre del país: _____ |

MUESTRAS DE LABORATORIO

| Tipo de muestra | Fecha de toma | | | Fecha de envío | | | Fecha de recibo en Laboratorio | | |
|--|---------------|-----|-----|----------------|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|
| | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| Hisopado de 2 fosas nasales | | | | | | | | | |
| Hisopado de fosas nasales y de faringe | | | | | | | | | |
| Hisopado faríngeo | | | | | | | | | |
| Sangre No 1 | | | | | | | | | |
| Sangre No 2 | | | | | | | | | |
| Líquido pleural | | | | | | | | | |
| Tejido 1 | | | | | | | | | |
| Tejido 2 | | | | | | | | | |

Nombre y sello del médico que solicita el examen:**RESULTADOS DE PRUEBAS VIROLÓGICAS PARA INFLUENZA POR H1N1 (NUEVA CEPA)**

Número de caso en virología del ICGES _____

Presencia de células Si (___) No (___) Muestra no adecuada para determinar Ag. (___)

IF para Antígeno Virales: Negativo (___) Positivo:(___)

Antígenos identificados por IF: _____

Aumento de títulos de anticuerpos 4 veces o más en muestras pareadas: No (___) Si (___) Cuál: _____ Fecha: ____/____/____

Se procesa para cultivo Si (___) No (___) Resultado _____

Detección de virus de Influenza por RTP-PCR: No (___) Si (___) Cuál: _____ Fecha: ____/____/____

Resultado final: _____

Firma de TM: _____

Fecha: ____/____/____