

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud

Formulario Para Vigilancia de la Influenza- Síndrome Gripal,

Infecciones Respiratorias Agudas Graves-Bronconeumonías-Neumonías Virales y Bacterianas-Bronquiolitis

1. Instalación que notifica: _____ 2. Fecha de Notificación: ____/____/____

3. Tipo de paciente: AMBULATORIO () HOSPITALIZADO () FALLECIDO ()

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

4. Nombre: _____
 1er Nombre 2do nombre Apellido paterno Apellido materno

5. Cédula: _____ 6. N° Historia Clínica/ S.S : _____ 7. Asegurado: Sí () No ()

8. Edad: ____/____/____ 9. Fecha Nacimiento: ____/____/____ 10. Sexo M () F ()
 Años Mes Días Día Mes Año

11. Dirección: _____/_____/_____
 Provincia Región Distrito Corregimiento

Comunidad Calle Edificio/casa Apartamento No.

12. Teléfono _____ 13. Nombre de la persona responsable _____

ANTECEDENTES :

14. Tarjeta de vacuna: Si: () No: () No aplica: ()	Aplicada	N° de dosis aplicada	Fecha de última dosis			16. Embarazo: No () Si ()
15. Tipo de vacuna	Si		No	Día	Mes	Año
15.1 Anti Influenza						18. Inmuno suprimido: No () Si ()
15.2 Anti H. Influenzae b						19. Contacto de caso confirmado: No () Si ()
Anti Neumocócica						20. Tipo de Contacto: Familiar () Social () Laboral () Nombre del contacto: _____
15.3 Heptavalente						
15.4 23 valente						
15.5 Anti meningocócica (*)						
(*)Especifique nombre de la vacuna: _____						

21. Tipo de evento en estudio: Síndrome Gripal () IRAG () Neumonía Bacteriana ()

INFORMACIÓN PARA CASOS EN ESTUDIO POR SINDROME GRIPAL/GRIPE/INFLUENZA

22. Fecha de inicio de síntomas: Día ____ Mes ____ Año ____

23. Diagnóstico Clínico _____

24. Hallazgos clínicos	No	Sí	Fecha de inicio	26. Otros antecedentes	Sí	No	No sabe
Fiebre $\geq 38^{\circ}$ C				26.1 Uso antibiótico en la última semana			
Tos				26.2 Uso de Oseltamivir			
Rinorrea				26.3 Riesgo profesional			
Dolor de garganta				Trabajador agropecuario			
Otros				Trabajador de salud			
				Otro			
				26.4 Indicación de aislamiento			
26.5 Historia de viaje 15 días antes : No: ____ Si: ____ Lugar donde viajó: _____							

INFORMACIÓN PARA CASOS EN ESTUDIO POR IRAG O NEUMONÍA BACTERIANA**Nota:** Ante condensación y derrame pleural sospechar neumonía Bacteriana y ante Broncograma aéreo o Infiltrado Intersticial sospechar neumonía viral.

27. Tipo de IRAG: Centinela () Inusitado () Imprevisto () N° Excesivo () Conglomerado IRAG ()

28. Fecha inicio de síntomas: ____/____/____

29. Fecha hospitalización ____/____/____

30. Fecha de Egreso: ____/____/____

31. Fecha de Defunción: ____/____/____

32. Riesgo profesional: Si () No () No sabe ()

33. Tipo de riesgo profesional: Trabador de: Salud () Avícola () Otro () _____

34. Historia de viaje 15 días antes: Si () No () Donde? _____

35. Uso de antibióticos dentro de la última semana: No () No Sabe () Si (): Cual _____ Fecha: _____

36. Uso de antivirales: No () No Sabe () Si () Cual: _____ Fecha: _____

37. Resultados de radiografía de tórax: Condensación () Derrame pleural () Broncograma aéreo ()
Infiltrado Intersticial () Otros describir: _____38. Clasificación final: Neumonía Viral: () Neumonía Probable Viral: () Neumonía Bacteriana ()
Neumonía Probable Bacteriana: ()

Formulario Para Vigilancia de la Influenza- Síndrome Gripal,

Infecciones Respiratorias Agudas Graves-Bronconeumonías-Neumonías Virales y Bacterianas-Bronquiolitis

Nombre del paciente: _____

No Ced. _____

Instalación de salud: _____

MUESTRAS DE LABORATORIO

Nota: Ante condensación y derrame pleural solicitar exámenes para neumonía Bacteriana y ante Broncograma aéreo o Infiltrado Intersticial solicitar exámenes para neumonía viral.

Tipo de Muestra	Fecha de toma			Fecha de envío			Fecha de recibo en Laboratorio		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
39.1 Hisopado nasofaríngeo									
39.2 Aspirado nasofaríngeo									
39.3 Sangre No 1									
39.4 Sangre No 2 (Convalesciente)									
39.5 Líquido pleural									
39.6 Tejido 1									
39.7 Tejido 2									
39.8 Otro									

40. Nombre/sello del médico/técnico/enfermera que toma la muestra _____

RESULTADOS DE PRUEBAS VIROLÓGICAS PARA SÍNDROME GRIPAL Y NEUMONIA VIRAL

41. Número de caso en virología del ICGES _____ 42. Número de caso en laboratorio centinela: _____
 43. Presencia de células Si () No () 44. Muestra no adecuada para determinar Ag.()
 45. IF para Antígeno Virales: Negativo () Positivo:()
 46. Antígenos identificados por IF: _____
 47. Aumento de títulos de anticuerpos 4 veces o más en muestras pareadas: No() Si () Cuál: _____ Fecha: ____/____/____
 48. Se procesa para cultivo Si () No () 49. Resultado del cultivo _____
 50. Detección de virus por RTP-PCR: No() Si() Cuál: _____ Fecha: ____/____/____
 51. Resultado final: _____
 52. Nombre y firma del TM: _____ Fecha: ____/____/____

RESULTADOS DE PRUEBAS BACTERIOLOGICAS PARA CASOS EN ESTUDIO POR NEUMONÍA BACTERIANA (LABORATORIO CENTRAL)

53. Tinción de Gram de líquido pleural: _____ Fecha: ____/____/____
 54. Cultivo de líquido pleural Hi () Spn () Otra bacteria () Fecha ____/____/____
 55. Otra prueba en líquido pleural No () Sí () Describir _____
 56. Hemocultivo Hi () Spn () Otra bacteria () Fecha ____/____/____
 57. Serotipo/serogrupo de la bacteria aislada: _____
 58. Resultado final: _____
 59. Nombre y firma del TM: _____ Fecha: ____/____/____

SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA

60. Antibiograma	59. Anote el nombre del antibiótico al que es sensible, intermedio o resistente			
Sensible				
Intermedio				
Resistente				

61. Nombre y firma de TM: _____ Fecha: ____/____/____