



## Ficha Clínico Epidemiológica para los casos de IRAG.

Definición de caso con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

\*toda persona con Aparición súbita de fiebre (superior o igual a 38°), con tos o dolor de garganta o dificultad para respirar (disnea), con necesidad de Hospitalización.

### 1- Datos generales de la UC del médico notificante y del paciente

#### 1.1- Identificación de la Institución Hospitalaria y del Médico Notificante

Nombre de la Institución notificante: \_\_\_\_\_ Sala de Internación \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Médico Notificante \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### 1.2- Identificación de caso de IRAG

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DNI  CI  LC  LE  Otro: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ H.C: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Centro de Salud de Referencia: \_\_\_\_\_

#### 1.3- Características básicas del caso de IRAG

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años  meses  semanas  Sexo M  F

Centro Educativo o Laboral: \_\_\_\_\_

### 2- Antecedentes de Interés.

#### 2.1- Antecedentes Patológicos y Personales

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inmunosupresión cong. 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 o Puerperio              |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial             | <input type="checkbox"/> Enf. Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Bajo Peso al Nacer o Prematuridad |
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Enf. Renal Crónica   | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores         |
| <input type="checkbox"/> Enf. Neurológica - Neuromuscular  | <input type="checkbox"/> TBC                  | <input type="checkbox"/> Otros, cuales:                    |

#### 2.2- Antecedentes de Vacunación.

Vacuna	Constatada (Fecha)
Anti-Neumocócica	____/____/____ (dd/mm/aaaa)
Anti-Gripal	____/____/____ (dd/mm/aaaa)
Anti-Hib	____/____/____ (dd/mm/aaaa)
Anti-Pertussi	____/____/____ (dd/mm/aaaa)

#### 2.3- Antecedentes de uso de medicamentos previo a la internación

Medicamentos	Uso	Fecha de Inicio	Duración (días)
Antivirales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	____/____/____ (dd/mm/aaaa)	_____
ATB	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	____/____/____ (dd/mm/aaaa)	_____

#### 2.4- Antecedentes Epidemiológicos

Pregunta	Respuesta	Fecha de Inicio
- ¿Ha viajado o residido en un zona afectada por brotes de Influenza en Humanos, aves u otros animales?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	____/____/____ (dd/mm/aaaa)
- ¿Ha tenido contacto con otras personas enfermas o muertas por IRAG?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	____/____/____ (dd/mm/aaaa)
- ¿Estuvo internado por IRAG?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	____/____/____ (dd/mm/aaaa)



### 3- Historia de la Enfermedad Actual

#### 3.1- Fecha de Interes

Fecha de inicio del 1ros síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Semana Epidemiológica: \_\_\_ Fecha de 1ra consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Centro de Salud de 1ra consulta: \_\_\_\_\_ N° de Consultas Previas a la Internación: \_\_\_ Fecha de Internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 3.2- Signos y Síntomas

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                | <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal      | <input type="checkbox"/> Tiraje                     |
| <input type="checkbox"/> Tos                   | <input type="checkbox"/> Vomitos              | <input type="checkbox"/> Cianosis                   |
| <input type="checkbox"/> Dolor Torácico        | <input type="checkbox"/> Diarreas             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Mialgia y/o Artralgia | <input type="checkbox"/> Taquipnea            | <input type="checkbox"/> Taquipnea                  |
| <input type="checkbox"/> Odinofagia            | <input type="checkbox"/> Rechazo de Alimentos | <input type="checkbox"/> Otras, cual: _____         |

#### 3.3- Estudios Complementarios al momento de la Internación

Saturometría Ambiental: \_\_\_\_\_% RX de torax: Normal  Patológica  Desconocida

#### 3.4- Diagnóstico al momento de la Internación

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Faringitis         | <input type="checkbox"/> Neumonía Aguda Comunidad | <input type="checkbox"/> Laringotraqueobronquitis |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis      | <input type="checkbox"/> Bronquitis               | <input type="checkbox"/> IRAG no precisada        |
| <input type="checkbox"/> Laringitis         | <input type="checkbox"/> Neumonía Atípica         | <input type="checkbox"/> Shock                    |
| <input type="checkbox"/> Otras, cual: _____ |   |   |

### 4- Diagnóstico y Tratamiento

#### 4.1- Toma de muestra

Fecha de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### 4.2- Tipo de muestra tomada

- Aspirado  Hisopado  Lavado BroncoAlveolar

#### 4.3- Resultados

IFI: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_ RT-PCR Real Time: \_\_\_\_\_

#### 4.4- Tratamiento

Antivirales	Uso	Fecha de Inicio	Duración (días)
Oseltamivir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	___/___/___ (dd/mm/aaaa)	_____
Zanamivir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	___/___/___ (dd/mm/aaaa)	_____
<b>Antibióticos</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ns/Nc	___/___/___ (dd/mm/aaaa)	_____

### 5- Evolución de la Enfermedad Actual.

#### 5.1- Complicaciones durante la Internación en UTI

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria | <input type="checkbox"/> Empiema              | <input type="checkbox"/> Absceso Pulmonar | <input type="checkbox"/> Neumonía Nosocomial |
| <input type="checkbox"/> Sepsis                     | <input type="checkbox"/> Shock                | <input type="checkbox"/> ARM              | <input type="checkbox"/> CID                 |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal        | <input type="checkbox"/> Infección Nosocomial | <input type="checkbox"/> Días de ARM      | <input type="checkbox"/> Otras               |

#### 5.2- Condición al Egreso

##### Vivo

- Curado  Mejorado  Con Secuelas  Derivado Fecha de Egreso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

##### Fallecido

Fecha de Defunción \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

### 6- Observaciones.

---



---



---