



FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA PARA MUESTRAS VIRUS RESPIRATORIOS

Datos personales:

Apellido y nombre Edad:..... Sexo: M.... F.....
Domicilio: Localidad: Partido:
Ocupación: Telef: DNI:

Paciente vacunado Paciente no vacunado
fecha de vacunación...../...../.....

Datos clínicos:

Lugar de atención	Fecha..../..../. Ambulatorio <input type="checkbox"/>		
Comienzo de síntomas /..../....	Internado <input type="checkbox"/>		
Periodo de estado (2 a 7 días) tildar lo que corresponda:			
Fiebre: °C	Cefalea <input type="checkbox"/>	Mialgia <input type="checkbox"/>	Postración <input type="checkbox"/>
Coriza <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Tos moderada <input type="checkbox"/>	Tos intensa <input type="checkbox"/>
Nauseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/> (25% de los niños)	
Complicaciones:			
Neumonía viral <input type="checkbox"/>	Neumonía bact. <input type="checkbox"/>	Pleuresía <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/>
Bronquiolítis <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	
Miocarditis <input type="checkbox"/>	Pericarditis <input type="checkbox"/>	Endocarditis <input type="checkbox"/>	
Glomerulonefritis <input type="checkbox"/>	Nefritis aguda <input type="checkbox"/>		
Encefalitis <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	S. Guillain Barre <input type="checkbox"/>	S. Reye <input type="checkbox"/>
Rayos X de Tórax	Si	No	Describir imagen:

Factores de Riesgo:

Afecciones crónicas cardíacas	
Afecciones crónicas del Sistema Respiratorio	
Niños o adolescentes bajo terapia prolongada con aspirina	
Embarazada	
Diabético	
Inmunodeprimido	
Insuficiencia renal	
Obesidad	
Personal de Salud	
Prematurez bajo peso	



Tratamiento: SI NO

Antiviral Especifico: amantadina rimantadina oseltamivir

Antibacteriano (especifique):

EVOLUCIÓN Marcar con una X

FECHA DE ALTA ____/____/____
CONDICIÓN AL Referido SI NO Hospital ____ Fecha remisión ____/____/____
Fallecido Si NO Fecha fallecimiento ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO

	Fecha toma de muestra	Fecha de Procesamiento	Resultados	Observaciones
Hisopado nasal y faríngeo				
ANF				
Espuito				
Serología 1ra muestra				
Serología 2da muestra				

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de Viaje a SI NO País _____
 Zonas afectadas (-1) a 10 días antes de inicio de los Síntomas
 Periodo de permanencia en el país afectado :
 de ____/____/____
 al : ____/____/____

Línea Aérea en la que ingresó al país y Nº vuelo _____ Fecha de Ingreso al país: ____/____/____

¿Tuvo contacto con algún paciente sospechoso de influenza? SI NO Familiar Amigo Viajero

Nombre y Apellido _____ Domicilio _____

DATOS DEL INVESTIGADOR:

NOMBRE Y APELLIDO _____ FIRMA: _____
INSTITUCIÓN _____ TELÉFONO _____