

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:

Sexo: Hombre: ☐ ¿Está embarazada? Si ☐ No ☐ Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si ☐ No ☐ Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: ☐ Extranjera: ☐ ¿Es migrante? Si ☐ No ☐ País de nacionalidad: País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia: Municipio de residencia:

Localidad:

Calle: Número:

Entre qué calles: y

Colonia: C.P.: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si ☐ No ☐ ¿Habla alguna lengua indígena? Si ☐ No ☐

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso: Tipo de paciente: 1=Ambulatorio ☐ 2=Hospitalizado ☐

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas	☐	☐
Fiebre	☐	☐
Tos	☐	☐
Cefalea	☐	☐
Disnea	☐	☐
Irritabilidad	☐	☐
Dolor torácico	☐	☐
Escalofríos	☐	☐
Odinofagia	☐	☐
Mialgias	☐	☐
Artralgias	☐	☐
Anosmia	☐	☐
Disgeusia	☐	☐
Rinorrea	☐	☐
Conjuntivitis	☐	☐

Otros síntomas	Si	No
Ataque al estado general	☐	☐
Diarrea	☐	☐
Polipnea	☐	☐
Dolor Abdominal	☐	☐
Vómito	☐	☐
Cianosis	☐	☐

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes	☐	☐
EPOC	☐	☐
Asma	☐	☐
Inmunosupresión	☐	☐
Hipertensión	☐	☐
VIH/SIDA	☐	☐
Enfermedad cardiovascular	☐	☐
Obesidad	☐	☐
Insuficiencia renal crónica	☐	☐
Tabaquismo	☐	☐
Otros	☐	☐

Especifique otros:

Diagnóstico probable:

1=Enfermedad tipo influenza (ETI)
2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?

Si	No

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si	No

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral?

dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si	No

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si	No

Seleccione el antiviral:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

Si	No

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

	Si	No
Aves		
Cerdos		

Otro animal

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si	No

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si	No

Fecha de vacunación:

dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

Tipo de muestra:

1=Exudado faríngeo

2=Exudado Nasofaríngeo

3=Lavado bronquial

4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:

dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

1=Alta

2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado

3=Caso grave

4=Caso no grave

5=Defunción*

Si el caso se da de alta:

Especifique la evolución:

1=Mejoría

2=Curación

3=Voluntaria

4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si	No

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si	No

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?

Si	No

Fecha de egreso:

dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:*

* Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica

b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)

c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción:

Fecha de defunción:

dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

*Defunción por influenza o COVID-19

Si

No

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:

dd/mm/aaaa