

# Estudio epidemiológico de caso sospechoso de Influenza

## DATOS GENERALES

Nombre de la unidad: \_\_\_\_\_

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

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad: 1=Mexicana: \_\_\_\_\_ Entidad de nacimiento: \_\_\_\_\_  
2=Extranjera: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: 1=Masculino: \_\_\_\_\_ 2=Femenino: \_\_\_\_\_ ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: \_\_\_\_\_

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		
Diarrea		
Dolor torácico		
Escalofríos		
Odinofagia		
Mialgias		
Artralgias		
Ataque al estado general		
Rinorrea		
Polipnea		
Vómito		
Dolor abdominal		
Conjuntivitis		
Cianosis		
Otro		

Co-morbilidad

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

Especifique otros: \_\_\_\_\_

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

## TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido algún tratamiento ? 

Si	No
----	----

Si la respuesta fue afirmativa: 

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 con ese 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 otros casos de influenza 2 semanas previas? 

Si	No
----	----

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

Aves 

Si	No
----	----

 Otro animal \_\_\_\_\_

Cerdos 

Si	No
----	----

¿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 No sabe: \_\_\_\_\_

## LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? 

Si	No
----	----

Laboratorio: \_\_\_\_\_

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

De acuerdo con la evolución llenar los campos correspondientes

Alta Especifique la evolución: \_\_\_\_\_ 1=Mejoría 2=Curación Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa  
3=Voluntaria 4=Traslado

En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa

Caso grave: Intubado: 

Si	No
----	----

 Diagnóstico clínico de neumonía: 

Si	No
----	----

Caso no grave: Diagnóstico clínico de neumonía: 

Si	No
----	----

Defunción: Fecha de egreso: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa Fecha de defunción: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción 

Si	No
----	----

 \*Defunción por influenza 

Si	No
----	----

\*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa