



## TRATAMIENTO

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

Si	No
----	----

Si la respuesta fue afirmativa:

¿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:

Si	No
----	----

¿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
Cerdos	Si	No

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

Si	No
----	----

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

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  
3=Caso grave

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

4=Caso no grave    5=Defunción

De acuerdo con la evolución llenar los campos correspondientes

Alta

Especifique la evolución: \_\_\_\_\_

1=Mejoría  
3=Voluntaria

2=Curación  
4=Traslado

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

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

Si	No
----	----

Folio de certificado de defunción: \_\_\_\_\_

\*Defunción por influenza

\*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