



INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA "Dr. JUAN H. JARA"
FICHA CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA PARA CASOS SOSPECHOSOS DE INFLUENZA AVIAR:

- DEFINICION DE CASO:** ETI o enfermedad respiratoria aguda severa o neumonía (C.I.E -10: J10-J18), ambulatorio o internado con nexo epidemiológico

DATOS PERSONALES:

Apellido y nombre _____ Edad:..... Sexo: M.... F....
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Partido: _____
 Ocupación: _____ Pcia.: _____

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"/>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describir imagen:	

TRATAMIENTO:

Sintomático (especifique):

Específico: amantadina rimantadina oseltamivir otro (especifique)

Antibacteriano (especifique):

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de Viaje a Zonas afectadas (1, 2) 10 días antes de inicio de los Síntomas

SI	NO	País
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Línea Aérea en la que ingresó al país Fecha de Ingreso al país: ___/___/___

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

Nombre y Apellido Domicilio

1- Países con brotes en actividad de influenza aviar altamente patógeno (H5N1 u otro) en aves de cría y/o salvajes y/o humanos y haber manteniendo contacto con estos.
 2.-Zonas afectadas en el país en aves de cría y/o salvajes y/o humanos y haber mantenido contacto con ellos.

