

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS)

A – DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____ **Fecha de Notificación:** ___/___/___
Establecimiento de Salud: _____ **Región Sanitaria:** _____
Distrito: _____

B – DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____ **Edad:** _____ años meses
Sexo: M F **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___
Domicilio Permanente: _____ **Barrio/Cñia:** _____
Región Sanitaria: _____ **Teléfono:** _____
Referencia para ubicar la residencia: _____

C- DATOS CLINICOS

(Marque con una "X" lo positivo)

Fecha de Consulta: ___/___/___ **Fecha de Inicio de Síntomas:** ___/___/___
Fiebre **Tos** **Disnea** **Cefalea** **Mialgias** **Astenia**
Confusión **Rash** **Diarrea** **Otros** _____

D- DATOS DEPIDEMIOLÓGICOS

(1)

Antecedentes de viaje a zonas afectadas 10 días antes de inicio de los síntomas Si No **País** _____
Línea aérea y N° de Vuelo _____ **Fecha ingreso al país:** ___/___/___
Tuvo contacto con algún paciente sospechoso de SRAG Si No
Familiar **Amigo** **Viajero**
Nombre y Apellido _____ **Domicilio** _____
Lugares donde durmió después de su arribo al país: _____

E- DATOS DE LABORATORIO

Espécimen	Fecha de Toma de Muestra	Fecha de Procesamiento	Resultados	Comentarios
Hisopado Nasal y faringeo				
Aspirado Traqueal				
Espuito				
Orina				
Hemocultivo				
Hematocrito				
N° Plaquetas				
Muestra de necropsia				
RX de Tórax	Descripción:			

(1) Actualmente, China, Hong Kong, Singapur, Vietnam, Taiwán y otros de acuerdo a situación epidemiológica. Se denomina "zona afectada" a aquellos lugares donde se ha notificado transmisión local a nivel comunitario.

F- EVOLUCION

Hospitalizado: Si No Servicio de Salud: _____

Fecha Hospitalización: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____

Condición de alta: Mejorado Curado Fallecido: Si No

Fecha Defunción: ____/____/____

Referencia a otros Servicios: Si No Fecha ____/____/____

Hospital: _____

G- RELACION DE CONTACTOS

Nº	Nombre y Apellido	Tipo de Relación	Domicilio	Teléfono	Observación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

H- CLASIFICACION FINAL

Caso Probable Caso Confirmado Caso Descartado Fecha: ____/____/____

I- DATOS DEL INVESTIGADOR

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Institución: _____ Firma: _____