

**FICHA DE INVESTIGACIÓN  
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE INUSITADA**

Completarla con datos de la entrevista al paciente o familiar y de la historia clínica

Caso sospechoso: toda persona hospitalizada o fallecida que presente o haya presentado fiebre (medida o referida), dificultad respiratoria, y al menos uno de los siguientes criterios: tener entre 5 y 59 años SIN comorbilidad; ser trabajador de salud; ser trabajador con contacto directo o indirecto con aves o cerdos; tener antecedente de viajes, hasta dos semanas previas al inicio de síntomas, a sitios con circulación de algún agente respiratorio de alta patogenicidad.

**1- DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Edad  Años  Meses  Días Sexo  F  M C.I. N°

Domicilio \_\_\_\_\_

Depto \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural  País \_\_\_\_\_ Tel.

Ocupación  Dirección trabajo o escuela \_\_\_\_\_

**2- ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

Vacuna antigripal?  SI  NO Último año vacunación  Presenta Carné  SI  NO

**En los 15 días previos al inicio de síntomas:**

Viajó a zonas con circulación de virus respiratorios de alta patogenicidad?  SI  NO

País \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Investigar, elaborar lista de contactos de viaje

Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de enfermedades respiratorias?  SI  NO

Lugar? \_\_\_\_\_ Realizar visita y verificar. Lista contactos

Ha tenido contacto con aves o cerdos?  SI  NO Lugar? \_\_\_\_\_ Investigar en el lugar

Es trabajador de salud?  SI  NO Establecimiento \_\_\_\_\_

**3- ANTECEDENTES DE CLÍNICOS DE INICIO**

Fecha inicio síntomas  /  /  Fecha 1° consulta  /  /  Centro \_\_\_\_\_

**Signos y síntomas al ingreso y días previos**

Fiebre  D. garganta  Taquipnea  D.abdominal  Diarrea

Cefalea  Tos  Cianosis  Postración  Otros \_\_\_\_\_

D.torácico  Disnea  Mialgia  Odinofagia

**Antecedentes de uso de medicamentos para este evento y previo a la internación**

Antipiréticos Fecha de inicio toma  /  /  Fecha de hospitalización  /  /

Antivirales Fecha de inicio toma  /  /  Diagnóstico/s \_\_\_\_\_

Antibióticos Fecha de inicio toma  /  /  de hospitalización \_\_\_\_\_

**4- DATOS DE HOSPITALIZACIÓN (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)**

**Condiciones al ingreso**

FC  Tensión arterial min.  max.  Temperatura  Peso

FR  Talla

**Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores**

	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Infiltrado lobar/multilobar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacificación Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltrado intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumotorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumomediastino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediastino ensanchado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenopatía hilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame pleural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Manejo hospitalario**

Oxígeno suplementario		Fecha inicio	/ /	Fecha término	/ /
Ingreso a UCIntensivos/Intermedios			/ /		/ /
Ventilación mecánica NO invasiva			/ /		/ /
Ventilación mecánica invasiva			/ /		/ /
Aminas vasopresoras			/ /		/ /
Antivirales. Cuál?			/ /		/ /
Antibióticos. Cuál?			/ /		/ /
Esteroides. Cuál?			/ /		/ /
Otros medicamentos. Cuál?			/ /		/ /

**Infecciones adquiridas durante la hospitalización (IACS)**

Tipo/s según sitio de infec.	1 _____	Agente/s hallados	1 _____
	2 _____		2 _____
	3 _____		3 _____

**Complicaciones durante la hospitalización**

CID	<input type="checkbox"/>	Paro respiratorio	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>	Infarto cardíaco	<input type="checkbox"/>	Otras	_____
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	Paro cardíaco	<input type="checkbox"/>		_____
Complicaciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	Shock	<input type="checkbox"/>		_____

**5- DATOS DE LABORAOTRIO CLÍNICO (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)**

<b>Hematología</b>	24hs	48hs	<b>Química</b>	24hs	48hs	<b>Gases en sangre arterial</b>	24hs	48hs	
	GB /mm3			Na mg/l			pH		
	Neutrófilos %			K mg/l			pCO2		
	linfocitos %			Cl mg/l			HCO3		
	Hto %			Glucosa mg/dl			paO2		
	Hb mg/dl			Urea mg/dl		FiO2			
	Plaquetas/mm3			Creatinina mg/dl		<b>Coagulación</b>	24hs	48hs	
	VSG mm			TGP UI/l			TTPA seg		
		TGO UI/l		TP% - INR					
		CPK UI/l		Fibrinógeno					
		LDH UI/l							

**6- DATOS DE LABORATORIO ETIOLÓGICO**

Fecha 1 muestra	/ /	Fecha 2 muestra	/ /	<b>Resultado definitivo:</b>	
Tipo Aspirado	<input type="checkbox"/>	Tipo Aspirado	<input type="checkbox"/>		IFI _____
Hisopado	<input type="checkbox"/>	Hisopado	<input type="checkbox"/>		PCR _____
Lavado Br	<input type="checkbox"/>	Lavado Br	<input type="checkbox"/>		Hemocultivo _____
Sangre	<input type="checkbox"/>	Sangre	<input type="checkbox"/>		otro cultivo _____
otro	<input type="checkbox"/>	otro	<input type="checkbox"/>	_____	

**7- CONDICIÓN AL EGRESO**

Fecha de egreso	/ /	Tipo de egreso	Alta <input type="checkbox"/>
			Fallecido <input type="checkbox"/>
			Transferido <input type="checkbox"/>
		Establecimiento de transferencia	_____

**8- DATOS DEL NOTIFICANTE**

Fecha de notificación	/ /	Nombre del Notificante	_____
EES	_____		
Municipio	_____	Depto.	_____