

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

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

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

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

Sexo: Hombre: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de nacionalidad: País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

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?

Co-morbilidad

| | Si | No |
|-------------------------------|----|----|
| Inicio súbito de los síntomas | | |
| Fiebre | | |
| Tos | | |
| Cefalea | | |
| Disnea | | |
| Irritabilidad | | |
| Dolor torácico | | |
| Escalofríos | | |
| Odinofagia | | |
| Mialgias | | |
| Artralgias | | |
| Anosmia | | |
| Disgeusia | | |
| Rinorrea | | |
| Conjuntivitis | | |

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

Especifique otros:

| Otros síntomas | Si | No |
|--------------------------|----|----|
| Ataque al estado general | | |
| Diarrea | | |
| Polipnea | | |
| Dolor Abdominal | | |
| Vómito | | |
| Cianosis | | |

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

*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 antiviral? dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Seleccione el antiviral: 1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir
 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

Aves

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

 Otro animal

Cerdos

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

País: Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

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*

Si el caso se da de alta: Especifique la evolución: 1=Mejoría 2=Curación
 3=Voluntaria 4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Fecha de egreso: dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:*

* Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

- a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica
- b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)
- c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción: Fecha de defunción: dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción *Defunción por influenza o COVID-19

| | |
|----------------------|----------------------|
| Si | No |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró _____ Nombre y cargo de quien autorizó _____ Fecha de elaboración: dd/mm/aaaa