

**Anexo 1**

**FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA**

**Datos personales:**

**Apellido y nombre**

Edad:..... Sexo: M.... F.....

Domicilio:

Localidad:

Partido:

**DNI:**

Tel:

Ocupación:

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"/>
Coriza <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>
Nauseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>
	Mialgia <input type="checkbox"/>
	Tos moderada <input type="checkbox"/>
	Tos intensa <input type="checkbox"/>
	Diarrea <input type="checkbox"/> (25% de los niños)
<b>Complicaciones:</b>	
Neumonía viral <input type="checkbox"/>	Neumonía bact. <input type="checkbox"/>
Bronquiolitis <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>
Miocarditis <input type="checkbox"/>	Pericarditis <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: SI** ☐ **NO** ☐

**Sintomático (especifique):**

**Antiviral Especifico:** amantadina ☐ rimantadina ☐  
oseltamivir ☐

**Antibacteriano (especifique):**

**EVOLUCIÓN Marcar con una X**

FECHA  
DE ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONDICIÓN AL Referido SI ☐ NO ☐ Hospital  Fecha remisión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fallecido SI ☐ NO ☐ Fecha fallecimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Convivientes asintomático del caso índice (3) no vacunados en grupo de riesgo.**

Apellido y nombre	edad	Sexo	Patología de base	Fecha de bloqueo	
				vacuna	quimio

A los convivientes sintomáticos de grupo de riesgo llenar nueva ficha, realizar toma de muestra e iniciar tratamiento específico.

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Antecedentes de SI ☐ NO ☐ País

Viaje a Zonas afectadas (-1) a 10 días antes de inicio de los Síntomas

Periodo de permanencia en el país afectado :  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Línea Aérea en la que ingresó al país y N° vuelo

Fecha de Ingreso al país: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tuvo contacto con algún SI paciente sospechoso de influenza? SI ☐ NO ☐

Familiar ☐ Amigo ☐ Viajero ☐

Nombre y Apellido  Domicilio

**DATOS DE LABORATORIO**

	Fecha toma de muestra	Fecha de Procesamiento	Resultados	Observaciones
Hisopado <b>nasal</b> y/o faríngeo				
ANF				
Espuito				
Serología 1ra muestra				
Serología 2da muestra				

**DATOS DEL INVESTIGADOR:**

NOMBRE Y APELLIDO  FIRMA:

INSTITUCIÓN  TELÉFONO