

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DIVET-LCSP
INFLUENZA POR UN NUEVO SUBTIPO VIRAL

Definición de Caso Sospechoso (OMS): Enfermedad febril respiratoria aguda (fiebre >38°C) con un espectro que va desde Enfermedad tipo Influenza (ETI) hasta Neumonía y que presenta nexos epidemiológicos con un país o área afectada con transmisión humano a humano del nuevo subtipo viral.

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Fiebre súbita mayor de 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otros diagnósticos y con nexos epidemiológicos con un caso o área afectada con transmisión humano a humano del nuevo subtipo viral.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): (Protocolo genérico): Paciente de cualquier edad con historia de aparición súbita de fiebre mayor de 38°C y tos o dolor de garganta, disnea o dificultad para respirar y necesidad de hospitalización, con nexos epidemiológicos con un caso o área afectada con transmisión humano a humano del nuevo subtipo viral.

IRAG inusitada: 1.- **Trabajador de salud** u otra exposición laboral que desarrollan IRAG no explicada después de contacto estrecho con personas (vivas o muertas) con IRAG de origen incierto o que resultan con una prueba positiva para virus de la influenza por un nuevo subtipo. 2.- Caso en **adulto joven** previamente sano. 3.- Defunción por IRAG de causa desconocida.

A. Datos del Notificante:

Centro Notificante:..... Fecha de Notificación (día/mes/año): ___/___/___
Nombre:..... 1er Apellido:..... 2º Apellido:.....
Cargo (marque uno): Médico de Consultorio Externo () Médico de sala () Enfermera () Otro ()

B. Datos del paciente:

Nombre:..... 1er Apellido:..... 2º Apellido:.....
Sexo: F () M () Edad:..... Fecha de nacimiento (día/mes/año):...../...../.....
Domicilio: Calle:..... Nº:..... Piso/Depto:.....
Barrio:..... Ciudad:..... Teléfono:.....

C. Datos Clínicos

Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año):...../...../..... Fecha de consulta (día/mes/año):...../...../.....
Paciente internado () Ambulatorio ()
Síntomas: Temperatura°C Dolor de garganta () Mialgia () Dificultad Respiratoria () Tos ()
Artralgia () Obstrucción nasal () Postración () Dolor de oído () Diarrea ()
Otros síntomas acompañantes:.....
Impresión diagnóstica:.....
Complicación clínica: SI () NO ()
Neumonía Bacteriana () Neumonía Viral () Pleuresía () Bronquitis () Bronquiolitis () Otitis () Faringitis ()
Miocarditis () Pericarditis () Endocarditis () Glomerulonefritis () Nefritis Aguda () Encefalitis ()
Meningitis () Sx. Guillain Barré () Sx. De Reye () otro () especificar.....

D. Datos Epidemiológicos:

1. Antecedentes de viaje a zonas afectadas 14 días antes del inicio de los síntomas: SI () NO ()
País:..... Fecha de viaje:...../...../..... Fecha de retorno:...../...../.....
Vía de ingreso al país: Aérea: Línea aérea:..... Fecha de vuelo:..... Hora de llegada:.....
Terrestre: Compañía de ómnibus:..... Vehículo privado:.....
Fluvial: Navío:.....
2. Tuvo contacto con alguna persona con Gripe?: SI () NO () No sabe () Si responde **SI** especificar:
Nombre y Apellido del contacto:.....
Dirección:..... Teléfono:.....
Relación con el caso: 1. Familiar () 2. Laboral () 3. Comunitario ()
4. Funcionario de salud () 5. Otro () especificar.....
3. Vacuna contra Influenza(marque uno): SI () NO () Fecha de vacunación (día/mes/año):...../...../.....

E. Datos de Laboratorio: Fecha de toma de muestra (día/mes/año):...../...../..... Fecha de envío:...../...../.....
Laboratorio (Especificar a qué Laboratorio se envió la muestra):.....
Tipo de muestra (marque lo que corresponda): Aspirado nasofaríngeo () Hisopado nasal ()