

Formulario de Notificación Inmediata de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)
Remitir notificación al telefax: 208217-222012 o correo electrónico: notifica@mspbs.gov.py

1. Datos del notificante

1.1- Fecha de notificación ____/____/____
1.2- Servicio _____ 1.3- Región Sanitaria _____ 1.4- Distrito _____
1.5- Responsable de la notificación _____ 1.6- Cargo del notificante _____

2. Datos de contacto con el médico responsable del manejo del caso

2.1- Nombres y Apellidos _____ 2.2- Teléfono _____

3. Identificación del Paciente (Marque lo que corresponda)

3.1- Nombres y Apellidos _____
3.2- C I: _____ 3.3- Sexo: _____ 3.4- Edad: _____ 3.5- Fecha Nacimiento: ____/____/____
3.6- Región _____ 3.7- Distrito _____ 3.8- Barrio _____
3.9- Calle _____ N° _____
3.11- Teléfono Fijo _____ 3.12- Celular _____
3.13- Acceso a un Servicio de salud 3.14- Posee seguro médico

4. Datos Clínicos

4.1- Fecha inicio de síntomas: ____/____/____ 4.1.1- Semana de inicio de síntomas: ____

Signos y síntomas: (Marque lo que corresponda)

4.2- Fiebre >37.5 C 4.6- Dificultad Respiratoria 4.10- Convulsiones 4.14- Hipotensión
4.3- Fiebre no graduada 4.7- Secreción Ocular 4.11- Vómitos 4.15- Cianosis
4.4- Tos 4.8- Cefalea 4.12- Rinorrea 4.16- Otros
4.5- Dolor Garganta 4.9- Diarrea 4.13- Congestión nasal 4.17- Especificar _____
4.18- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes):
4.19- Compromiso hemodinámico:
4.20- Consulta repetida por deterioro cuadro respiratorio:

4.21. Hospitalización

4.22- Fecha de Hospitalización: ____/____/____ 4.23- Lugar de Hospitalización _____
4.24- Diagnóstico de Ingreso _____

4.25- Ingreso en UCI 4.26- ARM 4.27- Uso de antivirales Tratamiento (1)
Profilaxis (6)

Droga (Marque la droga utilizada)	Fecha de inicio	Fecha de término	Dosis
4.28- Oseltamivir	4.29-	4.30-	4.31-
4.32- Zanamivir	4.33-	4.34-	4.35-
4.36- Amantadine	4.37-	4.38-	4.39-

Antecedentes Co- morbilidad: (Marque lo que corresponda)

Enf. Metabólica	4.40- Diabetes	<input type="checkbox"/>
	4.41- Obesidad	<input type="checkbox"/>
	4.42- Desnutrición	<input type="checkbox"/>
	4.43- Otros.....	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Crónica	4.44- Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/>
	4.45- Arritmia	<input type="checkbox"/>
	4.46- Valvulopatía	<input type="checkbox"/>
	4.47- HTA	<input type="checkbox"/>
Enf. respiratoria crónica	4.47.1- Otros.....	<input type="checkbox"/>
	4.48- Asma	<input type="checkbox"/>
	4.49- EPOC	<input type="checkbox"/>
	4.50- Enfisema	<input type="checkbox"/>
	4.51- Tabaquismo	<input type="checkbox"/>
	4.52- Otros.....	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Enfermedad Inmunológica	4.53- Cáncer	<input type="checkbox"/>
	4.54- VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>
	4.55- Trasplantados	<input type="checkbox"/>
	4.56- Inmunosuprimidos	<input type="checkbox"/>
Enf. Neurológica	4.57- Otros.....	<input type="checkbox"/>
	4.58- Síndromes convulsivos	<input type="checkbox"/>
	4.59- PCI	<input type="checkbox"/>
4.60- Otros.....	<input type="checkbox"/>	
4.1- Embarazo	(Si es si completar los items de la sección 7)	<input type="checkbox"/>
4.24- Otros		<input type="checkbox"/>

4.63- Complicación Si (1) No (6) 4.64- Especificar _____

5. Estudios Diagnósticos: (Marque lo que corresponda)

5.1- Leucopenia (*Glob. Blancos <5,000 leucocitos/mm5*) Si (1) No (6) No sabe (99)
5.2- Linfopenia (*linfocitos totales <800/mm5 o linfocitos <15% del total de Gb*) Si (1) No (6) No sabe (99)
5.3- Trombocitopenia (*plaquetas <150,000/mm5*) Si (1) No (6) No sabe (99)
5.4- Fecha Toma de Muestras: ____/____/____

6. Otros Estudios Diagnósticos: (Marque lo que corresponda)

6.1- Radiografía de Tórax: Normal (1) Anormal (6)
6.2- Tomografía Tórax: Normal (1) Anormal (6)

7. Hallazgos (Marque lo que corresponda)

7.1- Distrés respiratorio agudo
7.2- Condensación Unilateral (1) Bilateral (6)
7.3- Derrame Unilateral (1) Bilateral (6)
7.4- Infiltrado intersticial Unilateral (1) Bilateral (6)

8. Factores de Riesgo Epidemiológico: (Marque lo que corresponda)

En los 7 días anteriores a la aparición de síntomas:

- 8.1- Antecedentes de ETI
 8.2- Antecedentes de viaje a zonas afectadas
 8.3- Contacto cercano (dentro de los 2 metros con una persona sospechosa, probable o confirmada de influenza)
 8.4- Manipulación de muestras sospechosa de influenza 8.5- Contacto con secreciones
 8.6- Es personal de salud (si es sí completar los ítems de la sección 8) 8.7- Procedimientos invasivos sin EPP

Censo de contactos

	Nombre	Relación*	Edad	Fiebre	Tos	Dolor Garganta	Rinorrea	Fecha inicio	Asintomático
				>37.8C					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

*Usar el código para completar el tipo de relación con el paciente: 1=espos/a, 2=madre, 3=padre, 4=hijo/a, 5=hermana/a 6=primo/a, 7=tío/a 8=abuelo/a 9=no pariente 10=otro

9. Estudios Diagnósticos de Influenza (Marque lo que corresponda)

Si (1) No (6)

- 9.1- RT-PCR + - 9.2- Test Rápido + - 9.3- Serología + - 9.4- Otro + -
 9.5- Otros Especificar _____ 9.6- Fecha Toma de Muestras: ___/___/___

Tipo de Muestras (Marque lo que corresponda)

- 9.7- Hisopado Nasofaríngeo 9.8- Aspirado Nasofaríngeo 9.9- Aspirado nasal 9.10- Aspirado endotraqueal
 9.11- Suero 9.12- Lavado Bronco alveolar 9.13- Tejido 9.14- Otros
 9.15- Otros Especificar _____

10. Antecedentes Vacunación: (Marque lo que corresponda)

- 10.1- Vacuna Influenza (Marzo a Septiembre 2010) 10.2- Fecha: ___/___/___
 10.3- Vacuna contra neumococo 10.4- Fecha: ___/___/___

11. Evolución (Marque lo que corresponda)

- Alta 11.1- Fecha de traslado u óbito: ___/___/___
 Traslado 11.2- Lugar de traslado _____
 Óbito 11.3- Diagnóstico de Egreso: _____

12. Datos de la embarazada:

- 12.1- Semanas de Gestación: ___ 12.2- Número de Hijos ___
 12.3- Fecha probable de Parto ___/___/___ 12.4- N° de controles Pre natal: ___

Presencia de complicaciones o enfermedades durante la gestación

- 12.5- Diabetes gestacional 12.6- Pre eclampsia 12.7- Hipertensión en el embarazo
 12.8- Trastornos de coagulación/sangrado 12.9- Trabajo de parto pre término 12.10- Otra complicación
 12.11- Especificar otra complicación _____

Antecedentes prenatales

- 12.12- Algún defecto embrionario identificado en el control prenatal 12.13- Especifique cual _____

13. Datos del Personal de Salud afectado:

- Médico (1) Lic. en Enfermería (3) Bioquímico (5) Interno (7)
 Odontólogo (2) Otra enfermera (4) Técnico en Laboratorio (6) Residente (8)
 Estudiante (9)

13.1- Especificar especialidad _____

13.2. En los 7 días previos a enfermar en qué tipo de servicio de salud trabajó:

- Consultorios ambulatorios (1) Urgencias (2) Hospitalizados (3) Laboratorio (4)

13.3. Si trabajó en el servicio de hospitalizados marque el área correspondiente

- Sala (1) Clínica Médica (1) Terapia Intensiva (6) Adultos (1)
 Pediatría (2) Pediatría (2)
 Cirugía (3) Otro (3)
 Gineco-Obstetricia (4) Especificar otro _____
 Aislamiento Respiratorio (5)

Indicar con qué frecuencia utilizó Equipo de Protección Personal para la atención de cuadros respiratorios

- 13.4- Guantes nunca (1) algunas veces (3) mayoría de veces (7) siempre (9)
 13.5- Batas nunca (1) algunas veces (3) mayoría de veces (7) siempre (9)
 13.6- Tapa bocas comunes nunca (1) algunas veces (3) mayoría de veces (7) siempre (9)
 13.7- Máscara N-95 o similar nunca (1) algunas veces (3) mayoría de veces (7) siempre (9)
 13.8- Gafas o protector facial nunca (1) algunas veces (3) mayoría de veces (7) siempre (9)