

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL  
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD  
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)  
FORMULARIO I – B**

**Definición de caso IRAG:** toda persona que sea hospitalizada y que presente o haya presentado aparición súbita de fiebre (temperatura axilar superior a 37,5 °C), tos y dificultad para respirar (disnea).

**1.- DATOS DEL NOTIFICANTE**

Responsable de la notificación: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Fecha de captación del caso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL PACIENTE**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
 C.I. Nº \_\_\_\_\_ Historia clínica Nº: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Teléfono/s \_\_\_\_\_  
 Departamento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Referencia: \_\_\_\_\_

**3.- DATOS CLINICOS**

Fiebre: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Referida: \_\_\_\_\_ Medida: \_\_\_\_\_ °C Fecha de inicio de **FIEBRE**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Dificultad Respiratoria: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fecha de hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_

*(Marcar con una cruz según corresponda si – no)*

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Factores de riesgo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento		
Asma			Enfermedad neurológica crónica		
Otra enfermedad pulmonar crónica			Síndrome de Down		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad renal crónica			IMC 30 – 40		
Enfermedad hepática crónica			IMC >40		
Otros (especificar)	Desnutrición				
	Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trimestre de embarazo: _____				
	Puerpera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

Vacunación influenza temporada actual (2013): Si  No  Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carnet: Si  No   
**Si es menor de 3 años:** 1° dosis: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2° dosis: Si  No  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Vacunación Influenza temporada anterior (2012): Si  No  Fecha de vacunación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carnet: Si  No   
 Vacuna Pentavalente: Si  No  N° de dosis \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carnet: Si  No   
 Vacuna contra Neumococo: Si  No  N° de dosis \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carnet: Si  No   
 Toma de antiviral: Si  No  Oseltamivir:  Zanamivir:  Amantadina:  Fecha de inicio de toma antiviral: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4.-EVOLUCION DEL CASO**

Ingreso UCI : Si  No  Fecha ingreso UCI : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha egreso UCI: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fallecido: Si  No  Alta: Si  No  Fecha alta / fallecido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5.-EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS**

Toma de muestra: Si  No   
 Tipo de muestra: Hisopado nasal: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hisopado faríngeo: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Aspirado nasofaríngeo: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Lavado bronco alveolar: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Otros: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_  
 Hemocultivo: Si  No  Fecha de toma de muestra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

