

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
 DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD**
**FICHA DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)
 FORMULARIO I – A**

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Fiebre súbita mayor de 37.5° C (Temperatura axilar) y tos o dolor de garganta en ausencia de otros diagnósticos.

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la Notificación: _____
 Establecimiento: _____ Región Sanitaria: _____
 Consultorio externo: Si No Emergencia: Si No
 Fecha de Notificación (días/mes/año): ____/____/____

2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____ C.I.Nº: _____
 Edad: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento (días/mes/año): ____/____/____
 Departamento: _____ Distrito: _____ Barrio: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

3.- DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de **FIEBRE** (día/mes/año): ____/____/____ Fecha de consulta (día/mes/año) : ____/____/____

Signos / Síntomas	Si	No	Signos / Síntomas	Si	No
Fiebre referida			Dolor de oído		
Temperatura >37.5° C (Temp. Axilar)			Dolor de garganta		
Coriza o rinorrea			Mialgias		
Congestión nasal			Postración		
Tos			Diarrea		
Otros (especificar)					

(Marcar con una cruz según corresponda si – no)

Factores de riesgo	Si	No	Factores de riesgo	Si	No
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento		
Enfermedad pulmonar crónico			Enfermedad neurológica crónica		
Asma			Síndrome de Down		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad renal crónica			IMC 30 – 40		
Enfermedad hepática crónica			IMC >40		
Otros (especificar)					

Embarazada: Si No Trimestre de embarazo: _____ Puérpera: Si No
 Vacunación influenza 2010: Si No Monovalente: Trivalente: Fecha de vacunación: ____/____/____
Si es menor de 3 años: 1° dosis: Si No Fecha: ____/____/____ 2° dosis: Si No Fecha: ____/____/____
 Toma de antiviral: Si No Oseltamivir: Zanamivir: Amantadina: Fecha de inicio de toma antiviral: ____/____/____

4.-EXAMENES DE LABORATORIO

Toma de muestra: Si No Fecha de recepción de la muestra: ____/____/____ Fecha de resultado: ____/____/____
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 ____/____/____