



Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia intensificada de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) y muerte por IRAG

I.- Datos generales del establecimiento notificante

1. Establecimiento de Salud: _____ 2. Código RENAES: _____
3. Fecha de llenado de datos (*): ___/___/___

II.- Identificación del paciente

4. Nombres y apellidos: _____
5. Sexo: Masculino Femenino
6. Fecha de nacimiento (*): ___/___/___ Edad: _____ Años Meses Días
7. DNI: _____ Historia clínica N°: _____ Servicio: _____
8. Dirección (donde vive habitualmente): _____
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
9. La vivienda esta ubicada en zona: 1 Rural 2 Urbana

III.- Antecedentes

10. Vacunación antigripal en los últimos 12 meses: SI NO

IV.- Factor o condición de riesgo

Gestación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> I Trimestre	<input type="checkbox"/> II Trimestre	<input type="checkbox"/> III Trimestre
Puerperio	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Otra enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Enfermedad neurológica crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hepatología crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Obesidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Otro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Especifique: _____		

V.- Clínica

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___
Fiebre o antecedentes de fiebre: SI NO Tos: SI NO Dificultad respiratoria: SI NO
Hospitalización SI NO Fecha de hospitalización (*) ___/___/___
Ingreso a la UCI SI NO Fecha de ingreso en UCI (*) ___/___/___
Fecha de alta (*) ___/___/___
Fallecimiento SI NO Fecha de defunción(*) ___/___/___

VI. Tratamiento

Oseltamivir SI NO Fecha de inicio de administración de oseltamivir (*)

VII. Laboratorio

13. Obtención de la muestra SI NO
14. Fecha de obtención (*) ___/___/___
15. Tipo de muestra: Hisopado nasal y faringeo
 Aspirado nasofaríngeo
 Aspirado endotraqueal
 Tejidos
16. Fecha de envío de muestra (*) ___/___/___

VI.- Firma y sello de la persona que notifica

(*) Formato de fecha: dd/mm/aaaa