



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de  
EnfermedadesCentro Nacional de  
Epidemiología,  
Prevención y Control  
de Enfermedades

## Ficha de investigación clínico - epidemiológica

### Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (IRAG inusitada)

#### ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de Salud  DIRESA / DIRIS

#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Historia clínica N°  Servicio   
 Apellido paterno  Apellido materno  Nombres   
 Fecha de nacimiento (\*)    Edad  Años  Meses  Días   
 Sexo: Masculino  Femenino  DNI   
 Residencia: Departamento  Provincia  Distrito   
 Domicilio (referencia):

#### ANTECEDENTES

Paciente entre 5 a 60 años de edad previamente sano  Sí  No  Contacto o crianza: Aves  Sí  No  Cerdos  Sí  No   
 Trabajador de salud  Sí  No  Otros:   
 Contacto con caso de IRAG en últimos 7 días  Sí  No  Viaje a otro país en los últimos 15 días:  Sí  No   
 Muerte por IRAG de causa desconocida  Sí  No  Nombre del país   
 Vacunación Antigripal en los últimos 12 meses  Sí  No  Contacto con aves o cerdos en este país  Sí  No

#### FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO

Tiene factor o condición de riesgo  Sí  No   
 Gestación  Sí  No  I Trimestre  II Trimestre  III Trimestre  Puerperio  Sí  No   
 Cardiopatía crónica  Sí  No  Asma  Sí  No  Otra enfermedad pulmonar crónica  Sí  No   
 Diabetes mellitus  Sí  No  Enfermedad renal crónica  Sí  No  Enfermedad neurológica crónica  Sí  No   
 Obesidad  Sí  No  Inmunodeficiencia  Sí  No  Hepatopatía crónica  Sí  No   
 Otro  Sí  No  Especifique:

#### CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas     
 Fiebre o antecedente de fiebre  Sí  No  Tos  Sí  No  Dificultad respiratoria  Sí  No   
 Otros signos y síntomas   
 Diagnóstico presuntivo   
 Hospitalización  Sí  No  Fecha de hospitalización (\*)     
 Ingreso a UCI  Sí  No  Fecha de ingreso en UCI (\*)     
 Fallecimiento  Sí  No  Fecha de defunción (\*)     
 Fecha de alta (\*)

#### TRATAMIENTO

Oseltamivir  Sí  No  Fecha de inicio de administración de oseltamivir (\*)

#### LABORATORIO

Toma de muestra  Sí  No  Fecha de envío de la muestra (\*)     
**Tipo de muestra:** Hisopado nasal y faríngeo  Fecha de obtención (\*)     
 Aspirado nasofaríngeo   
 Aspirado endotraqueal  Resultado:   
 Tejidos

#### INVESTIGADOR DEL CASO

Fecha de llenado de la ficha (\*)

Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha: \_\_\_\_\_

(\*) Formato de fecha (dd/mm/aa)