

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:

Sexo: Hombre: ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo: Se encuentra en periodo de puerperio Si No Dias de puerperio

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de nacionalidad: País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1 2 3 Otro: Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia: Municipio de residencia:

Localidad:

Calle: Número:

Entre qué calles: y

Colonia: C:P: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si No ¿Habla alguna lengua indígena? Si No

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso: Tipo de paciente: 1=Ambulatorio 2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad: dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disgeusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-morbilidad

	Si	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique otros:

Otros síntomas	Si	No
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral?

dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seleccione el antiviral:

<input type="text"/>	1=Amantadina	2=Rimantadina	3=Oseltamivir
	4=Zanamivir	5=Otro, Especifique otro:	<input type="text"/>

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

	Si	No		Otro animal	<input type="text"/>
Aves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cerdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de vacunación:

dd/mm/aaaa

MUESTRA PARA ANTÍGENO DE COVID-19

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado de la muestra de antígeno:

MUESTRA DE LABORATORIO PARA PCR

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

Tipo de muestra:

- 1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo
3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:

dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

- 1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado
3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción*

Si el caso se da de alta:

Específque la evolución:

- 1=Mejoría 2=Curación
3=Voluntaria 4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?

Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de egreso:

dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:*

* Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica

b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)

c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción:

Fecha de defunción:

dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

*Defunción por influenza o COVID-19

Si No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:

dd/mm/aaaa