

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Ficha de notificación de casos sospechoso de influenza A H1N1

ID*

Parte A: Para todo caso sospechoso de influenza A (H1N1)

Establecimiento notificador _____
Dirección Provincial de Salud _____

Datos generales

1. Nombre _____
2. Edad ____ años 3. Sexo 1. Masculino 2. Femenino
4. Si es menor nombre de los padres _____ y _____
5. Nacionalidad: 1. Dominicana 2. Otra (especifique) _____
6. País de residencia: 1. R. Dominicana 2. Otro (especifique) _____
7. Teléfono de contacto: _____
- 8. Dirección en República Dominicana**
- 8a. Dirección (Calle y número) _____
- 8b. Barrio o paraje _____ 8c. Sección _____
- 8d. Municipio _____ 8e. Provincia _____
9. Lugar de estudio _____
10. Lugar de trabajo _____
- 10a. Tipo de lugar de trabajo: 1. Centro de salud 2. Hotel 3. Escuela 4. Otro _____
11. Ocupación: 1. Personal de salud 2. Empleado de Hotel 3. Docente/administrativo de plantel educativo 4. Otro _____

Datos de la enfermedad

12. Fecha de inicio de síntomas ____/____/____
13. Signos y síntomas (marque todos los que correspondan)
- | | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Fiebre > 38 °C | 1. () Si 2. () No | Tos | 1. () Si 2. () No |
| Febrícula | 1. () Si 2. () No | Dolor de garganta | 1. () Si 2. () No |
| Congestión nasal | 1. () Si 2. () No | Dificultad respiratoria | 1. () Si 2. () No |
| Taquipnea | 1. () Si 2. () No | Dolor de cabeza | 1. () Si 2. () No |
| Estertores crepitantes | 1. () Si 2. () No | Nauseas | 1. () Si 2. () No |
| Dolor muscular | 1. () Si 2. () No | Vómitos | 1. () Si 2. () No |
| Dolor abdominal | 1. () Si 2. () No | Diarrea | 1. () Si 2. () No |
- Otros _____
14. El paciente fue hospitalizado 1. () Si 2. () No
Fecha de hospitalización ____/____/____ Código del centro * _____
15. Nombre del hospital/clínica _____

Antecedentes

16. Los 7 días antes del inicio de síntomas ha viajado fuera del país 1. () Si 2. () No
17. Si es afirmativo, Provincia/Estado _____ País _____
18. Número de personas que viven con usted _____
19. No. de personas que viven con usted y tuvieron gripe en los siete días previo al inicio de síntomas de usted _____
20. Número de personas conviviendo en su hogar que actualmente tienen gripe _____
21. Ha tenido contacto con algún caso con influenza 1. () Si 2. () No

a. ¿El paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes clínicos?

	Sí	No	NS
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/otra inmuno-deficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/> ____ mes de gestación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro ____ (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laboratorio

Código muestra (asignado por CEMADOJA) _____

22. ¿Toma de muestra de secreciones respiratorias? 1. () Si 2. () No
 23. Fecha de toma de muestra ____/____/____ Hora de toma: _____
 24. Agente identificado _____ 24.a Subtipo _____

Tratamiento

25. Se administra tratamiento antiviral. 1. () Si 2. () No
 Nombre del medicamento _____
 26. Fecha de inicio de tratamiento ____/____/____

Clasificación final del caso

27. Caso probable 1. () Si 2. () No
 28. Caso confirmado de influenza 1. () Si 2. () No
 29. Caso confirmado de otro virus respiratorio 1. () Si 2. () No
 30. Caso descartado 1. () Si 2. () No

Notificación

31. Nombre de la persona que notifica _____
 32. Teléfonos de la persona que notifica: _____
 33. Fecha de la notificación ____/____/____ 33 a. Semana epidemiológica _____
 34. Persona responsable de investigación epidemiológica _____
 35. Servicio de epidemiología provincial y/o hospitalario _____

Recomendaciones:

Para prevenir la propagación de esta enfermedad recomendamos que la persona enferma no asista a su trabajo o a la escuela durante nueve días a partir del inicio de la enfermedad, lavado de manos frecuente, uso pañuelo desechable para toser, estornudar u otra forma de eliminación de secreciones respiratorias y desinfección de los artículos contaminados con saliva o moco (secreciones nasales o faríngeas).

Observaciones: _____

