

Historia y antecedentes de enfermedades

20. ¿Recibió el paciente, alguna de las vacunas o tratamientos siguientes antes del inicio de la enfermedad?
 20^a. ¿Vacunación contra la influenza estacional en el último año? 1. () Si 2. () No
 20b. ¿Vacunación con la vacuna de influenza porcina? 1. () Si 2. () No
 20c. ¿Vacunación con la vacuna anti-neumocócica? 1. () Si 2. () No
 20d. ¿Profilaxis con antivirales en los 14 días antes del comienzo de la enfermedad? 1. () Si 2. () No

21. Antecedentes Clínicos

	Si	No	NS*		Si	No	NS
* Cáncer				Enfermedad Cardíaca			
* Diabetes				Enfermedad Convulsiva			
* VIH/Otra inmunodeficiencia				Embarazo _____ mes de gestación			
*Enfermedad Pulmonar				Otro (especificar)			
*Malnutrición							

22. Exposición/Posible exposición

22^a. *¿Ha tenido contacto (contacto cercano a una distancia de tocar/hablar) en los 7 días antes del comienzo de la enfermedad con algún caso con influenza A H1N1 confirmado o probable? 1. () Si 2. () No 3. () NS**

En caso afirmativo llenar la siguiente información, si es no pasar a la pregunta 24

-Exposición única 1. () Si 2. () No 3. () NS**

Persona a la que se expuso _____

Fecha Probable de exposición ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

-Exposiciones Múltiples 1. () Si 2. () No 3. () NS**

Fecha Probable de exposición ____/____/____ hasta ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Persona a la que se expuso _____

-Exposición Continua 1. () Si 2. () No 3. () NS**

Fecha Probable de exposición ____/____/____ hasta ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Persona a la que se expuso _____

22b. La exposición con un caso con influenza A H1N1 confirmado o probable, fue en:

1. () en el hogar 2. () Estuvo atendiendo o cuidando un paciente con influenza 3. () NS**

23. Si es trabajador de algún centro de salud:

-Trabaja en contacto directo con los pacientes 1. () Si 2. () No

-Personal de laboratorio en contacto con virus de influenza

y/o otras muestras respiratorias 1. () Si 2. () No

24. ¿Viajó fuera de su lugar de residencia en los 7 días anteriores al comienzo de los síntomas? 1. () Si

2. () No 3. () NS**

Si la respuesta es afirmativa por favor especifique:

24a. Provincia _____ 25c. País: _____

**NS= no sabe/desconoce

Parte B: Seguimiento del caso después del fallecimiento o a los 14 días de inicio de síntomas

Identificación del paciente: _____

Fecha de seguimiento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

- 25. Clasificación final del caso** 1. () Caso sospechoso 2. () Caso Probable
 3. () Caso confirmado 4. () Descartado 5. () Perdida del Seguimiento
26. Estado actual del paciente 1. () Muerte 2. () Recuperación 3. () Hospitalizado
 4. () Convaleciente 5. () Perdida del Seguimiento

27. Fechas de la enfermedad (dd/mm/aaaa)

Fecha de la primera consulta ____/____/____	Nombre del centro de salud _____
Fecha de la hospitalización ____/____/____	Nombre del centro de salud _____
Fecha del egreso ____/____/____	Condición al egreso: 1. () vivo 2. () muerto 3. () referido, ¿Dónde? _____

Seguimiento de los síntomas

28. Signos y síntomas presentados a lo largo de la evolución (marque todos los que correspondan)

	Si	No	NS**		Si	No	NS**
*Fiebre > 38 °C				*Coriza o rinorrea			
*Fiebre sin termómetro				* Estornudos			
*Congestión nasal				*Conjuntivitis			
*Tos con flema				*Tos seca			
*Dificultad respiratoria				*Taquipnea			
*Estertores crepitantes				*Dolor de garganta			
*Dolor muscular				*Dolor de cabeza			
*Náuseas				* Vómitos			
*Convulsiones				*Dolor articular			
*Alteración de la conciencia				*Epistaxis			

Otros _____

29. Se realizó radiografía de tórax 1. () Si 2. () No 3. () NS*
 - Si se realizó la radiografía de tórax, ¿mostraba signos de neumonía? 1. () Si 2. () No 3. () NS*
 Fecha de la primera radiografía de tórax ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

30. Tratamiento proporcionado

Tratamiento	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa)	Duración (días)
Oseltamivir		
Zanamivir		
Amantadina		
Rimantadina		

31. Hubo algún evento adverso relacionado con los antivirales 1. () Si 2. () No
 - En caso afirmativo 1. () Moderado 2. () Grave 3. () Amenaza Vital (especificar)

32. ¿El paciente requirió ventilación mecánica? 1. () Si 2. () No 3. () NS*

33. ¿El paciente recibió antibióticos? 1. () Si 2. () No 3. () NS*
 Fecha de la antibioterapia ____/____/____ Duración (días) _____

34. ¿Se observaron complicaciones durante el curso de la enfermedad? 1. () Si 2. () No 3. () NS**
 -En caso de afirmativa ¿Cuáles? _____

Resultados Laboratorio **Código muestra*** _____

35. ¿la muestra fue positiva para influenza en el laboratorio nacional?
 1. () Si 2. () No
 36. Tipo de Prueba 1. () PCR 2. () Cultivo 3. () Serología 4. () Otras
 37. Agente identificado _____ 37.a Subtipo _____

Lista de contactos

ID	Iniciales del nombre	Edad	Sexo	Fecha del ultimo contacto

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 faringeadas).

**NS= no sabe/desconoce