

Ministerio de Salud del Perú
 Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios
 Ficha de investigación clínico - epidemiológica

ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Establecimiento de Salud: DIRESA / DISA:
 Nombre del médico tratante: Correo:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido paterno: Apellido materno: Nombres:
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad: Años Meses
 Sexo: Masculino Femenino DNI: Ocupación:
 Dirección y/o domicilio: Teléfono:

ANTECEDENTES

Contactos con otras personas con sintomatología respiratoria en últimos 7 días: Sí No
 Contacto con animales: Sí No ¿Cuáles?
 País-lugar que visitó últimos 15 días (Lugar, fecha ingreso y salida):

 Vacunación Antigripal: Sí No Fecha de Vacunación (dd/mm/aa):

CLINICA

Fecha de inicio de síntomas:

Fiebre:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medida con termómetro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temperatura Máxima (°C):	<input type="text"/>
Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otalgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adenopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fotofobia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Astenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rinorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Congestión conjuntival	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cefalea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Expectoración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mialgias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Malestar general	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Congestión faríngea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción dérmica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otras manifestaciones:

Criterios de gravedad (compromiso sistémico)

Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colapso circulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falla multi orgánica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Muerte	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Fecha de defunción:

Diagnóstico presuntivo

Laboratorio

Tipo de muestra	Fecha de obtención (dd/mm/aa)	Tipo de Prueba	Resultado
Hisopado nasal:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hisopado faríngeo:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspirado nasofaríngeo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suero de fase aguda:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Suero de fase convalescente:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros: <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tratamiento

Antibióticos: Sí No Cuáles: Antivirales: Sí No Cuáles:

Fecha de llenado de la ficha:

Nombre y firma de la persona que llena la ficha: _____