



Dirección de Epidemiología

FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PACIENTES INTERNADOS (completar con letra clara y legible)

Datos personales

Apellido y nombre:.....Edad:.....

Sexo: M F DNI:..... Fecha nacimiento:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Provincia:..... Ocupación:.....

Vacunación antigripal SI NO Fecha de Vacunación:

Vacunación antineumocócica SI NO Fecha de Vacunación:

Datos clínicos

Comienzo de los síntomas:..... /..... /..... Fecha de Internación: /..... /.....

Diagnóstico al momento de la toma de muestra

Bronquiolitis ETI Neumonía Coqueluche

Rayos X de Tórax SI NO Describir imagen:.....

FACTORES DE RIESGO (marcar con x) SI.....NO.....			
Embarazadas <input type="checkbox"/>	Obesidad mórbida IMC \geq 40 <input type="checkbox"/>	Asma severo <input type="checkbox"/>	Cardiopatías <input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/>	Enf. Respiratoria crónica* <input type="checkbox"/>	Trasplantes <input type="checkbox"/>	Enf. Oncohematológica <input type="checkbox"/>
Retraso madurativo severo <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>	Enf. neuromuscular <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Malformaciones congénitas o síndromes genéticos <input type="checkbox"/>	Endocrinopatías <input type="checkbox"/>		

*Hernia diafragmática, EPOC, Enfisema congénito, Displasia Broncopulmonar, Enfisema, Pacientes traqueostomizados crónicos, Pacientes con bronquiectasias, Fibrosis quística del páncreas, etc.

Tratamiento

- **Específico:** oseltamivir Fecha inicio:

Antibacteriano (especifique):.....



Dirección de Epidemiología

Internación

Clínica UTI Pediatría UCIP/UCIN

Establecimiento Asistencial:.....

Derivado SI NO

Fecha de Derivación: /..... /.....

Establecimiento Asistencial de derivación:

Fallecido SI NO

Fecha de Fallecimiento: /..... /.....

DATOS DE LABORATORIO

	Fecha toma de muestra	Fecha de Procesamiento	Resultados	Observaciones
Hisopado nasal y faríngeo				
ANF (aspirado nasofaríngeo)				

DATOS DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA

Nombre Y Apellido:

Institución:..... Teléfono:.....

Firma:.....

**Por cualquier consulta referirse a Dirección de Epidemiología
e-mail: vigilanciaepidemiologia@lapampa.gob.ar
02954-418870 /418890**