

## Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y fallecidos por Influenza

PR-244.02-002 V1 Anexo 4, Circular N° B51/20 : Circular Influenza estacional y pandémica del 14 de Mayo 2010

### Vigilancia Influenza Aviar

#### Información del Paciente

|                   |  |                                  |   |
|-------------------|--|----------------------------------|---|
| Rut:              | <input type="text"/>   | Dirección:                       | <input type="text"/>  |
| Nombres:          | <input type="text"/>   | Región:                          | <input type="text"/>  |
| Apellido Paterno: | <input type="text"/>   | Ciudad/Localidad:                | <input type="text"/>  |
| Apellido Materno: | <input type="text"/>   | Comuna:                          | <input type="text"/>  |
| Sexo:             | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino                 | Teléfono:                        | <input type="text"/>  |
| Fecha Nacimiento: | <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año     | Previsión:                       | <input type="text"/>  |
| Edad:             | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días | Funcionario del establecimiento: | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Servicio/Unidad: <input type="text"/> |

#### Datos de la Procedencia

|                          |                      |                       |                      |
|--------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Profesional Responsable: | <input type="text"/> | Laboratorio/Hospital: | <input type="text"/> |
| Región:                  | <input type="text"/> | Unidad:               | <input type="text"/> |
| Provincia:               | <input type="text"/> | Correo Electrónico:   | <input type="text"/> |
| Comuna:                  | <input type="text"/> | Fono:                 | <input type="text"/> |
| Dirección:               | <input type="text"/> | Fax:                  | <input type="text"/> |

#### Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención:  Día  Mes  Año Hora obtención:

#### Virus detectado localmente

|                       |                                      |  |                  |                      |
|-----------------------|--------------------------------------|--|------------------|----------------------|
| Inmuno Fluorescencia: | <input type="checkbox"/> Influenza A | <input type="checkbox"/> Parainfluenza   | Establecimiento: | <input type="text"/> |
|                       | <input type="checkbox"/> Influenza B | <input type="checkbox"/> Metapneumovirus |                  |                      |
|                       | <input type="checkbox"/> VRS         | <input type="checkbox"/> Negativo        |                  |                      |
|                       | <input type="checkbox"/> Adenovirus  |  |                  |                      |

|            |                                      |                                      |                                   |                  |                      |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------|
| Test Pack: | <input type="checkbox"/> Influenza A | <input type="checkbox"/> Influenza B | <input type="checkbox"/> Negativo | Establecimiento: | <input type="text"/> |
|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------|

|                                   |  |                                      |                  |                      |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> RT-PCR:     | <input type="checkbox"/> Influenza A (H1N1) pdm        | <input type="checkbox"/> Influenza B | Establecimiento: | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Film Array: | <input type="checkbox"/> Influenza A (H3N2)            | <input type="checkbox"/> Negativo    |                  |                      |
|                                   | <input type="checkbox"/> Influenza A no subtipificable | Otro <input type="text"/>            |                  |                      |

|                  |  |  |                         |                      |
|------------------|--|--|-------------------------|----------------------|
| Tipo de Muestra: | <input type="checkbox"/> Lavado Broncoalveolar | <input type="checkbox"/> Biopsia o Tejido Pulmonar | Otro (Tipo de muestra): | <input type="text"/> |
|                  | <input type="checkbox"/> Espudo                |  |                         |                      |
|                  | <input type="checkbox"/> Aspirado Traqueal     |  |                         |                      |
|                  | <input type="checkbox"/> Aspirado Nasofaríngeo |  |                         |                      |
|                  | <input type="checkbox"/> Tórulas Nasofaríngeas |  |                         |                      |
|                  |  |  |                         |                      |

#### Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

|  |  |                                |  |
|--|--|--------------------------------|--|
| Fecha inicio síntomas:   | <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año | Fecha primera consulta:        | <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año |
| <input type="radio"/> Trabajador avícola o granjas de cerdos                                 | <input type="radio"/> Trabajador   | <input type="radio"/> Embarazo | Semanas gestación: <input type="text"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> Viajó al extranjero en los 14 días previo al inicio de los síntomas |  |                                |  |
| Pais   | <input type="text"/>   | Ciudad                         | <input type="text"/>   |

## Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y fallecidos por Influenza

PR-244.02-002 V1 Anexo 4, Circular N° B51/20 : Circular Influenza estacional y pandémica del 14 de Mayo 2010

### Vigilancia Influenza Aviar

#### Síntomas

- ☐ Fiebre sobre 38°C
- ☐ Dolor de garganta
- ☐ Mialgia
- ☐ Neumonía
- ☐ Encefalitis
- ☐ Tos
- ☐ Rinorrea/congestión Nasal
- ☐ Dificultad Respiratoria
- ☐ Hipotensión

- ☐ Cefalea
- ☐ Taquipnea
- ☐ Hipoxia
- ☐ Cianosis
- ☐ Deshidratación o rechazo alimentario (lactantes)
- ☐ Compromiso hemodinámica
- ☐ Consulta repetida por deterioro cuadro respiratorio
- ☐ Enfermedad de base

Especifique Enfermedad de base:

#### Antecedentes Vacunación

☐ Vacuna contra influenza

Fecha vacunación:  Día  Mes  Año

#### Hospitalización

☐ Hospitalizado

Fecha Hospitalización:  Día  Mes  Año

Diagnóstico de ingreso:

☐ Grave

☐ VM

☐ ECMO

☐ Ingreso UCI

☐ VAFO

☐ Uso Antiviral

Fecha inicio tratamiento:  Día  Mes  Año

Antiviral: ☐ Oseltamivir

☐ Zanamivir

#### Fallecimiento

☐ Fallece

Fecha Fallecimiento:  Día  Mes  Año

Diagnóstico fallecimiento:

#### Instrucciones

- Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08:00 a 12:00 hrs.
- El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
- En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (02) 5755187