

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

PR-244.00-007

Información del Paciente

Rut:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha Nacimiento: Día Mes Año

Edad: Años Meses Días

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Teléfono:

Previsión:

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:

Región:

Provincia:

Comuna:

Dirección:

Laboratorio/Hospital:

Unidad:

Correo Electrónico:

Fono:

Fax:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención: Día Mes Año

Hora obtención:

Virus detectado localmente

Inmuno Fluorescencia: ☐ Influenza A ☐ Parainfluenza ☐ Influenza B ☐ Metapneumovirus ☐ VRS ☐ Negativo ☐ Adenovirus

Establecimiento:

Test Pack: ☐ Influenza A ☐ Influenza B ☐ Negativo

Establecimiento:

☐ **RT-PCR:** ☐ Influenza A (H1N1) pdm ☐ Influenza B ☐ Negativo

☐ **Film Array:** ☐ Influenza A (H3N2) ☐ Negativo

☐ Influenza A no subtipificable Otro

Establecimiento:

Tipo de Muestra: ☐ Lavado Broncoalveolar ☐ Biopsia o Tejido Pulmonar ☐ Esputo ☐ Aspirado Traqueal ☐ Aspirado Nasofaríngeo ☐ Tórulas Nasofaríngeas

Otro (Tipo de muestra):

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Fecha inicio síntomas: Día Mes Año

Fecha primera consulta: Día Mes Año

☐ Trabajador avícola o granjas de cerdos ☐ Trabajador ☐ Embarazo

Semanas gestación:

☐ Viajó al extranjero en los 14 días previo al inicio de los síntomas

País Ciudad

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

PR-244.00-007

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 AñoAntiviral: ☐ 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