



“2009-“Año Homenaje a Raúl Scalabrini Ortiz”

**Ministerio de Salud**  
*Secretaría de Políticas, Regulación  
e Institutos*  
ADMINISTRACION NACIONAL DE  
LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD  
"Dr. CARLOS G. MALBRAN"  
INSTITUTO NACIONAL EPIDEMIOLOGIA  
"Dr. JUAN H. JARA"

## FICHA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA

**DEFINICIÓN DE CASO OMS: enfermedad aguda febril (fiebre mayor de 38°C) con un espectro de enfermedad que va de Enfermedad tipo Influenza a neumonía.**

### Datos personales:

Apellido y Nombre

HC:

DNI

Sexo: M.... F....

Fecha Nac.:

Edad:.....

Domicilio:

Localidad:

Pcia.:

Ocupación:

Establecimiento:

Paciente vacunado  Paciente no vacunado  fecha de vacunación...../...../.....

### Datos clínicos:

Lugar de atención	Fecha..../..../...	Ambulatorio	<input type="checkbox"/>
Comienzo de síntomas	..../..../....	Internado	<input type="checkbox"/>
Periodo de estado (2 a 7 días) tildar lo que corresponda:			
Fiebre: °C	Cefalea <input type="checkbox"/>	Mialgia <input type="checkbox"/>	Postración <input type="checkbox"/>
Coriza <input type="checkbox"/>	Dolor de garganta <input type="checkbox"/>	Tos moderada <input type="checkbox"/>	Tos intensa <input type="checkbox"/>
Nauseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	(25% de los niños)
<b>Complicaciones:</b>			
Neumonía viral <input type="checkbox"/>	Neumonía bact. <input type="checkbox"/>	Pleuresía <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/>
Bronquiolftis <input type="checkbox"/>	Otitis <input type="checkbox"/>	Faringitis <input type="checkbox"/>	
Miocarditis <input type="checkbox"/>	Pericarditis <input type="checkbox"/>	Endocarditis <input type="checkbox"/>	
Glomerulonefritis <input type="checkbox"/>	Nefritis aguda <input type="checkbox"/>		
Encefalitis <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/>	S. Guillain Barre <input type="checkbox"/>	S. Reye <input type="checkbox"/>
Rayos X de Tórax	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Describir imagen:

**Tratamiento: SI**  **NO**

### Sintomático (especifique):

**Específico:** amantadina

rimantadina

oseltamivir

Antibacteriano (especifique):

Ituzaingó 3520-7600-Mar del Plata  
Tel./Fax: 473-1506/0579/2100  
[e-mail\\_direccion@ine.gov.ar](mailto:e-mail_direccion@ine.gov.ar)  
[glossa@ine.gov.ar](mailto:glossa@ine.gov.ar)



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
ADMINISTRACION NACIONAL DE
LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD
"Dr. CARLOS G. MALBRAN"
INSTITUTO NACIONAL EPIDEMIOLOGIA
"Dr. JUAN H. JARA"

EVOLUCIÓN (1) Marcar con una X

FECHA DE ALTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
CONDICIÓN AL Referido SI NO Hospital Fecha remisión \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Fallecido Si NO Fecha fallecimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Convivientes asintomático del caso índice (3) no vacunados en grupo de riesgo.

Table with 5 columns: Apellido y nombre, edad, Sexo, Patología de base, Fecha de bloqueo (vacuna, quimio)

A los convivientes sintomáticos de grupo de riesgo llenar nueva ficha, realizar toma de muestra e iniciar tratamiento específico.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Form with fields for: Antecedentes de Viaje a Zonas afectadas (-1) a 10 días antes de inicio de los Síntomas, Línea Aérea en la que ingresó al país y N° vuelo, ¿Tuvo contacto con algún paciente sospechoso de influenza?, Nombre y Apellido, Domicilio, SI NO País, Fecha de permanencia en el país afectado, Fecha de Ingreso al país, Familiar, Amigo, Viajero.

