



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
PROVINCIA DE CORRIENTES
DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
CORDOBA 640 MSP. TEL/FAX: 0379 - 4475324**



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

VIGILANCIA DE ETI (Enfermedad Tipo Influenza)

FICHA CLINICO - EPIDEMIOLOGICA

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 D.N.I.: _____ Sexo: M [] F [] Departamento: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Telefono: _____ Provincia: _____
 Establecimiento Notificador: _____ Fecha de Notificación: ____ / ____ / ____

2. INFORMACIÓN CLINICA

Fecha de inicio de los síntomas: ____ / ____ / ____ ← **Dato Importante para acciones de vigilancia**
 Fecha de consulta: ____ / ____ / ____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con car Fecha de vacunación: ____ / ____ / ____

	SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.		SI	NO	Ign.
Fiebre [..... 38° C]				Tos				Disnea			
Cefalea				Nauseas				Insuf. Respiratoria			
Mialgias				Vómitos				Neumonía			
Artralgias				Dolor Abdominal				Deshidratación			
Odinofagia				Inyecc. Conjuntival				Diarreas			
Erupción				Taquipnea				Otros			

ENFERMEDAD BASE O SITUACIÓN DE RIESGO:

Enf. Pulmonar [] Enf. Cardiaca [] Enf. Inmunosupresión [] Embarazo [] Otros []

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbano [] Periurbano [] Rural [] Silvestre []
 ¿Viajó durante los últimos 10 días? SI [] NO [] Fecha de ingreso al País/Provincia: ____ / ____ / ____
 Procedencia: _____ Itinerario: _____
 ¿Estuvo en lugar de recreación o concurrencia masiva de gente? SI [] NO [] Fecha: ____ / ____ / ____
 ¿Tuvo contacto con personas con síntomas respiratorios en los últimos 10 días? SI [] NO [] Fecha: ____ / ____ / ____
 Lugar: _____ ¿Conoce casos similares? SI [] NO [] ¿Quién/es? _____

4. DATOS DE LABORATORIO (SOLO A PACIENTES INTERNADOS SEGÚN PROTOCOLO)

	Fecha de toma de muestra	Fecha de procesamiento	Resultados	Observaciones
Hisopado Nasal y Faríngeo	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____	_____
Aspirado Naso Faríngeo	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____	_____

NO SE ACEPTARAN MUESTRAS SIN DERIVACION DEL SIVILA

5. TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN

Prescripción de Tratamiento SI [] NO [] N° de contactos tratados []
 OSELTAMIVIR Fecha: ____ / ____ / ____ OSELTAMIVIR Fecha: ____ / ____ / ____
 Paciente hospitalizado SI [] NO [] UTI [] SALA [] Fecha de hospitalización: ____ / ____ / ____
 Condición de alta: _____ Fecha de alta: ____ / ____ / ____
 Fecha de defunción: ____ / ____ / ____

6. FUENTE DE NOTIFICACIÓN

Establecimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Firma y Sello del médico notificador: _____
