

**Ministerio de Salud del Perú**  
**Ficha de investigación clínico epidemiológica de Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR ),**  
**Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), IRAG inusitada, fallecimiento por IRAG**

<b>ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE</b>			
Establecimiento de Salud: <input style="width: 150px;" type="text"/>		DIRESA / DISA: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Nombre del médico tratante: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Correo: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tipo de Vigilancia <input type="checkbox"/> Vig. Influenza y OVR <input type="checkbox"/> IRAG		<input type="checkbox"/> IRAG inusitado <input type="checkbox"/> Fallecido por IRAG	
<b>IDENTIFICACION DEL PACIENTE</b>			
Apellido paterno: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Apellido materno: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Nombres: <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/> Años <input style="width: 50px;" type="text"/> Meses <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		DNI: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Ocupación: <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Dirección y/o domicilio: <input style="width: 150px;" type="text"/>		Teléfono: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Departamento: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Provincia: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
		Distrito: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<b>ANTECEDENTES</b>			
Contactos con otras personas con sintomatología respiratoria en últimos 7 días		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto con animales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input style="width: 100px;" type="text"/>	
País-lugar que visitó últimos 15 días (Lugar, fecha ingreso y salida)			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
NINGUNO			
Vacunación Antigripal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Vacunación (dd/mm/aa): <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>CLINICA</b>			
		Fecha de inicio de síntomas: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Fiebre:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medida con termómetro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Temperatura Máxima (°C):	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Dolor garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otalgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rinorrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fotofobia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Expectoración	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Congestión conjuntival	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Congestión faríngea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cianosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Taquipnea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras manifestaciones:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<b>Criterios de gravedad (compromiso sistémico)</b>			
Hospitalización	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Falla multi orgánica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colapso circulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Muerte	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Diagnóstico presuntivo</b>			
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
<b>Laboratorio</b>			
Tipo de muestra	Fecha de obtención (dd/mm/aa)	Tipo de Prueba	Resultado
Hisopado nasal:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Hisopado faríngeo:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Aspirado nasofaríngeo	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Suero de fase aguda:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Suero de fase convalescente:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Otros: <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>Tratamiento</b>			
Antibióticos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuáles: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
		Antivirales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Cuáles: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<b>Para casos hospitalizados por IRAG/IRAG inusitadas y fallecidos por IRAG</b>			
Fecha de Hospitalización: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Fecha de Alta: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Co-morbilidad	1. <input style="width: 100px;" type="text"/>	2. <input style="width: 100px;" type="text"/>	3. <input style="width: 100px;" type="text"/>
Fecha de defunción:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	Causa de la defunción: 1. <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Fecha de llenado de la ficha:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	2. <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Fecha de notificación:	<input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	3. <input style="width: 100px;" type="text"/>	

Nombre y firma de la persona que llena la ficha: \_\_\_\_\_