SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de Información SIVIGILA
Ficha de notificación

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Vigilancia centinela enfermedad similar a influenza ESI- IRAG - cód INS 345
Infección respiratoria aguda grave - IRAG - inusitada Cód. INS 348

Envie la ficha de solicitud de examen de laboratorio de salud pública con la muestra correspondiente al nivel de competencia

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS — REG-R02.003.0000-011 V:02 AÑO 2012

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. N° de identificación

* TIPO DE ID: 1 - RC : REGISTRO CIVIL | 2 - TI : TARJETA IDENTIDAD | 3 - CC : CÉDULA CIUDADANÍA | 4 - CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | 5 - PA : PASAPORTE | 6 - MS : MENOR SIN ID | 7 - AS : ADULTO SIN ID

5. ANTECEDENTES VACUNALES

5.1 *Haemophilus influenzae b* ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido	5.1.1. Dosis	5.1.2 Fecha última dosis (dd-mm-aaaa) __ / __ / ____	5.1.3 ¿Presentó carné de vacunación? ○ 1. Sí ○ 2. No
5.2 *Streptococcus pneumoniae* ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido	5.2.1. Dosis	5.2.2 Fecha última dosis (dd-mm-aaaa) __ / __ / ____	5.2.3 ¿Presentó carné de vacunación? ○ 1. Sí ○ 2. No
5.3 Influenza estacional ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido	5.3.1. Dosis	5.3.2 Fecha última dosis (dd-mm-aaaa) __ / __ / ____	5.3.3 ¿Presentó carné de vacunación? ○ 1. Sí ○ 2. No

5.4 Fuente de notificación ○ 1. Pública ○ 2. Privada ○ 3. Laboratorio ○ 4. Comunidad ○ 5. Búsqueda activa ○ 8. Otra ○ 9. Desconocido

5.5 ¿ Viajó durante los 14 días previos al inicio de los síntomas? ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 9. Desconocido

5.6 Si es procedencia nacional, ¿Dónde? ____ Dpto ___ Municipio ___

5.7 Si es procedencia inernacional, ¿Dónde? ____

5.8 ¿Tuvo contacto con aves o cerdos enfermos o muertos en los 14 días previos al inicio de síntomas? ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido

5.9 ¿Tuvo contacto estrecho a un metro o menos de distancia (hablar, tocar, o cuidar) con una persona con IRA durante los 14 días previos al inicio de síntomas? enfermos o muertos en los 14 días previos al inicio de síntomas? ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido

6. DATOS CLÍNICOS

6.1 ¿Reporta alguno de los siguientes antecedentes clínicos?

- ☐ 1. Asma
- ☐ 2. EPOC
- ☐ 3. Diabetes
- ☐ 4. VIH/otras inmunodeficiencias
- ☐ 5. Enfermedad cardiaca
- ☐ 6. Cáncer
- ☐ 7. Malnutrición
- ☐ 8. Embarazo — Semana de gestación ___
- ☐ 9. Obesidad
- ☐ 10. Otros — 6.1.1 ¿Cuáles otros? ____
- ☐ 11. Insuficiencia renal
- ☐ 12. Toma medicamentos inmunosupresores
- ☐ 13. Fumador

6.2 Tos	○ 1. Sí	○ 2. No
6.3 Fiebre	○ 1. Sí	○ 2. No
6.4 Dolor garganta	○ 1. Sí	○ 2. No
6.5 Rinorrea	○ 1. Sí	○ 2. No
6.6 Conjuntivitis	○ 1. Sí	○ 2. No
6.7 Cefalea	○ 1. Sí	○ 2. No
6.8 Dificultad respiratoria	○ 1. Sí	○ 2. No
6.9 Postración	○ 1. Sí	○ 2. No
6.10 Tiraje toráxico	○ 1. Sí	○ 2. No
6.11 Dolor muscular	○ 1. Sí	○ 2. No
6.12 No tolera vía oral	○ 1. Sí	○ 2. No
6.13 Diarrea	○ 1. Sí	○ 2. No
6.14 Dolor abdominal	○ 1. Sí	○ 2. No
6.15 Otro	○ 1. Sí	○ 2. No

6.15.1 Cual otro ____

7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

7.1 ¿Se tomó una radiografia de tórax? ○ 1. Sí ○ 2. No ○ 3. Desconocido

7.2 Fecha de toma (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

7.3 Si hubo hallazgos de radiografia de tórax ¿Cuáles se presentaron? ○ 1. Infiltrado alveolar o neumonìa ○ 2. Infiltrados intersticiales ○ 3. Ninguno

7.4 ¿Usó antibiótico? ○ 1. Sí ○ 2. No

7.5 Fecha de inicio de antibioticos? (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

7.6 ¿Uso antiviral? ○ 1. Sí ○ 2. No

7.5 Fecha de inicio de antiviral? (dd/mm/aaaa) __ / __ / ____

7.6 Si hubo complicaciones, ¿Cuáles se presentaron? ○ 1. Derrame pleural ○ 2. Derrame pericárdico ○ 3. Miocarditis ○ 4. Septicemia ○ 5. Falla respiratoria ○ 6. Otro

7.6.1 ¿Cuàles? ____

7.7 Servicio en el que se hospitalizó ○ 1. Hospitalización general ○ 2. Unidad de cuidados intermedios ○ 3. UCI

7.8 Diagnóstico inicial (códigos J00 a J22) ____

7.9 Diagnóstico al egreso (códigos J00 a J22) ____

8. DATOS DE LABORATORIO

Tome 3 a 5 C.C. de sangre en tubo seco y una muestra para identificación viral (hisopado nasofaringeo, aspirado nasofaríngeo, aspirado bronquial)

	Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de recepción (dd/mm/aaaa)	Valor registrado
8.1	__ / __ / ____	__ / __ / ____					__ / __ / ____	
8.2	__ / __ / ____	__ / __ / ____					__ / __ / ____	

Marque así		
	Muestra	1 - Sangre | 3 - Hisopado faríngeo | 4 - Tejido | 8 - Aspirado nasofaríngeo | 9 - Lavado nasal | 11 - Lavado broncoalveolar
	Prueba	4 - PCR | 5 - Aislamiento viral | 6- Otra | 7 - Desconocida | 31 - Inmunohistoquímica | 45 - IFI | 46 - Inhibición hemaglutinación | 58 - Antigenemia
	Agente	16- Adenovirus | 18- Virus sincitial respiratorio | 22- Haemophilus influenzae | 24 - Streptococcus pneumoniae | 40- Influenza A | 41- Influenza B | 42- Parainfluenza 1 | 43- Parainfluenza 2 | 44 - Parainfluenza 3 | 57- Influenza A H1 estacional | 58- Influenza A H3 estacional | 59- Virus pandémico AH1N1/09 | 60 - Staphylococcus aureus | 61 - Mycoplasma pneumoniae | 62 - Chlamydia pneumoniae | 63 - Legionella pneumophila | 64 - Influenza A no subtipificable
	Resultado	1- Positivo | 2- Negativo | 3- No procesado | 4- Inadecuado | 5- Dudoso | 9- Desconocido

correos:sivigila@ins.gov.co- ins.sivigila@gmail.com