



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FICHA DE NOTIFICACION ETI (Válida también como receta de antiviral)

Caso de ETI: “Toda persona que presente enfermedad respiratoria aguda febril (>38° C) en un espectro que va de enfermedad tipo influenza a neumonía.”

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
¿ES CASO CENTINELA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Apellido y nombre:		Tipo y Nº de Doc.:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha Nac.:/...../..... Edad: (Día Mes Año)		Historia Clínica Nº:	
Provincia:	Localidad:	Calle:	
Número:	Piso:	Dpto:	Teléfono:
Ocupación:		Lugar de trabajo:	
Escolaridad:		Centro educativo al que asiste:	
Centro de Salud de Referencia:			

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	
Provincia:	Localidad:
Institución:	

RECETA		
Oseltamivir: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración en días:	Fecha:/...../.....
Zanamivir: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración en días:	Fecha:/...../.....
Antibiótico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración en días:	Fecha:/...../.....
Otro: Cual:	Duración en días:	Fecha:/...../.....
Profesional:		Teléfono:

INFORMACION CLINICA			
Fecha inicio síntomas:/...../.....		Condición: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	
Fecha consulta:/...../.....		Fecha internación:/...../.....	
Diagnóstico:			
Antecedente de vacuna AG 20.....		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	constatada por carnet Fecha:/...../.....
Antecedente de vacuna <i>Neumocócica</i>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	constatada por carnet Fecha:/...../.....
Signos y Síntomas			
Fiebre: °C	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Mialgia y/o Artralgia	<input type="checkbox"/> Postración
<input type="checkbox"/> Tiraje	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Nauseas y vómitos	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Insuf Respiratoria	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Rechazo de Alimentos
<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Dolor Torácico	<input type="checkbox"/> Taquipnea	
Factores de Riesgo			
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Enf. Renal Crónica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Puerperio
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Inmunodepresión
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Hepatopatía Crónica
<input type="checkbox"/> N.A.C Previa	<input type="checkbox"/> Bronquiolitis Previa	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Bajo Peso al nacer o Prematuridad
<input type="checkbox"/> Enf. Neurológica – Neuromuscular		<input type="checkbox"/> Otros:	

Rayos X de Tórax: Si <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Saturometría Ambiental:%
--	--------------------------------

INFORMACION EPIDEMIOLÓGICA

¿Ha tenido contacto con otras personas enfermas o muertas por IRAG / influenza? Si No

Nombre y apellido:.....

Lugar:.....

¿Ha estado en una zona afectada por brotes de influenza en humanos o animales? Si No

Lugar:.....

.....

CONTACTOS ESTRECHOS

Se indicó quimioprofilaxis a contactos con factores de riesgo? Si No cuántos

DATOS DE LABORATORIO

	Hisopado nasofaríngeo	ANF
Fecha toma de muestra/...../...../...../.....

INTERNACIÓN

Antecedentes de uso de medicamentos previo a la internación

Antivirales Si No Fecha de terminación:/...../.....

ATB Si No Fecha de terminación:/...../.....

Diagnóstico al momento de la Internación

<input type="checkbox"/> Faringitis	<input type="checkbox"/> Laringitis	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Laringotraqueobronquitis (Croup)	<input type="checkbox"/> Bronquiolitis	<input type="checkbox"/> Neumonía Atípica
<input type="checkbox"/> Neumonía Adquirida en la Comunidad	<input type="checkbox"/> IRAG No Precisada	<input type="checkbox"/> Shock
Internación en U.T.I.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración en días:
A.R.M.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Duración en días:

Complicaciones durante la internación

<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria	<input type="checkbox"/> Empiema	<input type="checkbox"/> Absceso Pulmonar
<input type="checkbox"/> Neumonía Nosocomial	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Shock
<input type="checkbox"/> CID	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/> Infección Nosocomial

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Condición de Egreso: Vivo

Curado Mejorado Con Secuela Derivado Fecha de Egreso:/...../.....

Condición de Egreso: Fallecido

Fallecido: Si No Fecha de Defunción:/...../.....

DEFINICIONES

- **Astenia:** falla o pérdida de la fuerza, energía o debilidad
- **Ascitis:** colección de líquido a nivel abdominal
- **Cefalea:** dolor de cabeza
- **Cianosis:** coloración azul de la piel y las membranas mucosas,
- **Dolor retroocular:** sensación desagradable producida por estímulos de las terminaciones nerviosas sensoriales de los músculos que mueven el globo ocular
- **Somnolencia:** estado de sueño o adormecimiento,
- **Irritabilidad:** sujeto que se enoja con facilidad, gruñón o colérico,
- **Inquietud:** situación de estrés físico o emocional,
- **Taquipnea:** respiración promedio mas 2 desviaciones estándar para la edad:>60 para RN, >de 50 pára niños de 2 meses a 1 año y > de 40 para niños de 2 a 5 años
- **Postración:** fatiga, cansancio, decaimiento, extenuación
- **Presión de pulso:** la diferencia entre la presión sistólica y la diastolica expresada en milímetros de mercurio
- **Taquisfimia:** aumento de la frecuencia del pulso