



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

## Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia intensificada de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) y muerte por IRAG

**I.- Datos generales del establecimiento notificante**

Código de Barras

1. IPRESS: \_\_\_\_\_ 2. Código RENAES: \_\_\_\_\_

3. Fecha de llenado de datos (\*): \_\_\_\_\_

**II.- Identificación del paciente**

4. Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

5. Sexo:  Masculino  Femenino6. Fecha de nacimiento (\*): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Años  Meses  Días

7. DNI: \_\_\_\_\_ Historia clínica N°: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

8. Dirección (donde vive habitualmente): \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

9. La vivienda esta ubicada en zona:  1 Rural  2 Urbana**III.- Antecedentes**10. Vacunación antigripal en los últimos 12 meses:  SI  NO**IV.- Factor o condición de riesgo**Gestación  SI  NO  I Trimestre  II Trimestre  III TrimestrePuerperio  SI  NO Otra enfermedad pulmonar crónica  SI  NOCardiopatía crónica  SI  NO Enfermedad neurológica crónica  SI  NODiabetes mellitus  SI  NO Hepatología crónica  SI  NOObesidad  SI  NO Inmunodeficiencia  SI  NOAsma  SI  NOEnfermedad renal crónica  SI  NOOtro  SI  NO Especifique: \_\_\_\_\_**V.- Clínica**Fiebre o antecedentes de fiebre:  SI  NO Tos:  SI  NO Dificultad respiratoria  SI  NOHospitalización  SI  NO Fecha de hospitalización (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Ingreso a la UCI  SI  NO Fecha de ingreso en UCI (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de alta (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fallecimiento  SI  NO Fecha de defunción (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**VI.- Tratamiento**Oseltamivir  SI  NO Fecha de inicio de administración de oseltamivir (\*) \_\_\_\_\_**VII. Laboratorio**13. Obtención de la muestra  SI  NO

14. Fecha de obtención (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

15. Tipo de muestra:  Hisopado nasal y faringeo Aspirado nasofaríngeo Aspirado endotraqueal Tejidos

16. Fecha de envío de muestra (\*) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**VI.- Firma y sello de la persona que notifica**

(\*) Formato de fecha: dd/mm/aaaa

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500

Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima

Dirección electrónica: <http://www.dge.gob.pe>

INFOSALUD 0800-10828

Es una línea gratuita de notificación desde cualquier teléfono fijo o público de Telefónica