



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