

Estudio epidemiológico de caso sospechoso de influenza AH7N3

DATOS GENERALES

Nombre de la unidad (o lugar del evento): USMI: Si No

Fecha de inicio del brote: Fecha de reporte a la OIE: Localización del brote: Entidad Federativa:
Municipio:
Localidad:

¿Es este brote animal vinculado a otro brote en el país? Si No Fecha de notificación al SINAVE: dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa Edad: Años: Meses: Días:

Sexo: Hombre: Si No ¿Está embarazada? Si No Meses de embarazo:

Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ¿Es migrante? Si No País de origen:
País de nacimiento: Fecha de ingreso al país: Países en tránsito en los últimos 2 meses:
Entidad federativa de nacimiento:

País de Residencia: CURP:

Entidad de residencia: Municipio de residencia: Localidad:

Calle: Número:
Entre qué calles: y

Colonia: C.P.: Teléfono:

¿Se reconoce cómo indígena? Si No ¿Habla alguna lengua indígena? Si No ¿Es derechohabiente a alguna institución de salud?

Ocupación: Área en la que labora en la granja:
Tiempo trabajando en la granja: Actividad que realiza en la granja:

Utiliza equipo de protección: Si No

Que equipo de protección utiliza:

Corro	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Guantes	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Lentes de protección	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Overol	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Cubre boca	Si*	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Botas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

¿Realiza algún tipo de desinfección después de su jornada laboral? Si No 1=Baño, 2= Lavado de manos, 3= Cambio de Ropa, 4= Todas

DATOS CLÍNICOS

Tipo de paciente: 1= Ambulatorio 2= Hospitalizado Servicio de ingreso: 1=Consulta externa 3=Hospitalización
2= Urgencias

Fecha de atención médica:

Fecha de inicio de síntomas: dd/mm/aaaa Estado de conciencia del paciente: 1=Consciente
2=Inconsciente

Nota: La opción "Se ignora" sólo debe utilizarse en caso de que el estado de conciencia del paciente sea "Inconsciente"

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?			Co-morbilidad		
	Si	No	Se ignora	Si	No	Se ignora
Inicio súbito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*No aplica la opción "Se ignora" como respuesta

Diagnostico probable: Enfermedad tipo influenza (ETI)
Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? Si No

Si, fue No, indicar el ¿por que?

Fecha de toma de muestra:

Laboratorio: Tipo de muestra: 1=Exudado faríngeo 5= Exudado ocular
2=Exudado nasofaríngeo 6=Suerdo
3=Lavado broncoalveolar
4=Biopsia de pulmón

Resultado de laboratorio:

TRATAMIENTO

Al iniciar los signos y síntomas, y antes de llegar a la unidad médica:

¿Recibió tratamiento para los síntomas antes de llegar a la unidad médica? Si No Se ignora

Si la respuesta fue afirmativa:
 ¿Recibió tratamiento antipirético y/o analgésico antes de llegar a la unidad médica? Si No Se ignora

Si la respuesta fue afirmativa:
 Seleccione antipirético/analgésico: Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico: dd/mm/aaaa

1=Paracetamol 3=Ácido acetilsalicílico 5= Naproxeno 7= Metamizol Sódico 9=Ketorolaco
 2=Ibuprofeno 4= Clonixinato de lisina 6= Piroxicam 8= Diclofenaco 10= Otro

¿Recibió tratamiento antiviral para la gripe antes de llegar a la unidad médica?

Si la respuesta fue afirmativa:
 Seleccione antiviral: Fecha de inicio del tratamiento antiviral: dd/mm/aaaa

1=Amantadina 3=Oseltamivir 5=Peramivir
 2=Rimantadina 4=Zanamivir

¿Recibió tratamiento antibiótico antes de llegar a la unidad médica?

Si la respuesta fue afirmativa:
 Seleccione el antibiótico: Fecha de inicio del tratamiento antibiótico: dd/mm/aaaa

1=Penicilina 2=Dicloxacilina 3=Ampicilina 4=Amoxicilina con o sin Acido Clavulánico 5=Amikacina 6=Doxiciclina
 7=Cefalosporina 8=Clindamicina 9=Clarithromicina 10=Ciprofloxacino 11=Meropenem 12=Vancomicina 13=Ceftriaxona 14=Otros

Después de llegar y recibir atención en la unidad médica:

¿Se inició tratamiento con antivirales en la unidad médica? Si No

Seleccione antiviral: Fecha de inicio del tratamiento antiviral: dd/mm/aaaa

1=Amantadina 3=Oseltamivir 5= Peramivir
 2=Rimantadina 4=Zanamivir

¿Se inició tratamiento con antibióticos en la unidad médica? Si No

Seleccione el antibiótico: Fecha de inicio del tratamiento antibiótico: dd/mm/aaaa

1=Penicilina 2=Dicloxacilina 3=Ampicilina 4=Amoxicilina con o sin Acido Clavulánico 5=Amikacina 6=Doxiciclina
 7=Cefalosporina 8=Clindamicina 9=Clarithromicina 10=Ciprofloxacino 11=Meropenem 12=Vancomicina 13=Ceftriaxona 14=Otros

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas:

¿Tuvo contacto con otros casos sospechosos de influenza/COVID u OVR? Si No Se ignora

Persona con la que tuvo contacto: 1=Familiar 2=Compañero de trabajo 3=Amigo/conocido 4=Otro
 Lugar de contacto: 1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entrenamiento social 4=Unidad médica

¿Tuvo contacto con aves? Si No Se ignora ¿Cuáles son las aves con las que tuvo contacto?

1=Gallinas 2=Pollos 3=Patos 4=Gansos 5=Otras aves

¿Qué tipo de contacto que tuvo con las aves?

1=Aves vivas 2=Aves muertas 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo
 6=Visceras o desechos biológicos

¿Tuvo contactos con cerdos? Si No Se ignora ¿Qué tipo de contacto que tuvo con los cerdos?

1=Cerdos vivos 2=Cerdos muertos
 3=Visceras o desechos biológicos

Contacto con otros animales: Si No 1=Canes 4=Vacunos 7=NINGUNO
 2=Felinos 5=Equinos 8=Se ignora
 3=Bovinos 6=Otros

¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado al extranjero en los últimos 14 días anteriores al inicio de síntomas? Si No Se ignora País:

¿Tuvo contacto con amigos, conocidos o familiares que vivan en el extranjero en los últimos 14 días anteriores al inicio de síntomas? Si No Se ignora País:

¿Realizó algún viaje durante los 14 días anteriores del inicio de los síntomas? Si No Se ignora

País: *Entidad Federativa: *Solo aplica cuando el viaje se haya realizado en México
 País: *Entidad Federativa:

¿Recibió la vacuna contra la influenza en el último año? Si No Se ignora Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

¿Recibió la vacuna contra neumococo en el último año? Si No Se ignora Fecha de vacunación: dd/mm/aaaa

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Seguimiento Para casos ambulatorios¹ 1=Tratamiento en casa 2=Referencia 3=Caso grave 4=Caso no grave Unidad de referencia:¹

Servicio de estancia hospitalaria: 1=Urgencias 2=UCI 3=UCIN 4=Neumología 5=Infectología 6=Neurología 7= Pediatría 8=Oncología 9=Med. Interna
 9= Hematología 10= Inmunología 11= Cirugía 12= Ginecología 13= Gastroenterología 14=Nefrología 15= Cardiología 16=Otra

Intubado: Si No Fecha de intubación: El paciente se extubo: Si No Fecha de extubación:

Diagnóstico clínico de neumonía: Si No ¿El paciente falleció? Si No Fecha de defunción:

¿Se cuenta con certificado de defunción? Si No Folio de certificado de defunción:

*Defunción por influenza: Si No Nota: Esta variable sólo se deberá llenar si el caso cuenta con resultado positivo a influenza
 *Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza

¿Se dio de alta al paciente? Si No Motivo del alta: 1= Curación 3=Voluntaria
 2= Mejoría 4=Traslado/Referencia²

Fecha de egreso: dd/mm/aaaa Caso cerrado: Si No Unidad de referencia o traslado:²

Nombre y cargo de quien elaboró: Nombre y cargo de quien autorizó: Fecha: dd/mm/aaaa