

**Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral**

**DATOS GENERALES**

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma:  dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día:  Mes:  Año:  CURP:

Sexo: Hombre:  ¿Está embarazada? Si  No  Meses de embarazo:  Se encuentra en periodo de puerperio Si  No  Días de puerperio

Nacionalidad: Mexicana:  Extranjera:  ¿Es migrante? Si  No  País de nacionalidad:  País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1  2  3  Otro:  Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento:  Entidad federativa de nacimiento:

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

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

**DATOS CLÍNICOS**

Servicio de ingreso:  Tipo de paciente: 1=Ambulatorio  2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad:  dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas:  dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

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

Co-morbilidad

	Si	No
Inicio súbito de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disgeusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas

	Si	No
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique otros:

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI)   
2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

\*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

**TRATAMIENTO**

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?  Si  No

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?  Si  No

Si la respuesta fue afirmativa:  
 Seleccione el antiviral:  1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir  
 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral?  dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?  Si  No

¿Se inicia tratamiento con antivirales?  Si  No

Seleccione el antiviral:  1=Amantadina 2=Rimantadina 3=Oseltamivir  
 4=Zanamivir 5=Otro, Especifique otro:

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas?  Si  No

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Aves  Si  No Otro animal

Cerdos  Si  No

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?  Si  No

País:  Ciudad:

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

¿Recibió la vacuna contra COVID-19 en último año?  Si  No Marca de la vacuna:

¿Cuántas dosis recibió?  1  2

\*Al marcar dos dosis, tendrá que colocar las dos fechas de vacunación de forma obligatoria

1	Pfizer BioNTech	6	Janssen (Johnson&Johnson)	11	Convidencia
2	AstraZeneca	7	Sinopharma		
3	CanSino	8	Novavax		
4	Moderna	9	No recuerda		
5	Gamaleya "Sputnik V"	10	Sinovac		

**MUESTRA PARA ANTÍGENO DE COVID-19**

¿Se le tomó muestra al paciente?  Si  No Fecha de toma de muestra:  dd/mm/aaaa

Resultado de la muestra de antígeno:

**MUESTRA DE LABORATORIO PARA PCR**

¿Se le tomó muestra al paciente?  Si  No

Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:

Tipo de muestra:  1=Exudado faríngeo 2=Exudado Nasofaríngeo  
 3=Lavado bronquial 4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:  dd/mm/aaaa

Resultado:

**EVOLUCIÓN**

Evolución:  1=Alta 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado  
 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción\*

Si el caso se da de alta: Especifique la evolución:  1=Mejoría 2=Curación  
 3=Voluntaria 4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  Si  No

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  Si  No

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?  Si  No

Fecha de egreso:  dd/mm/aaaa

Se trató de un caso positivo a COVID-19 por asociación o dictaminación clínica-epidemiológica:\*  
\* Marque solo una de las siguientes opciones de respuesta con una X

a. Confirmado a COVID-19 por asociación clínica-epidemiológica

b. Confirmado a COVID-19 por dictaminación clínica-epidemiológica (aplica solo en defunciones)

c. No (es decir ninguna de las anteriores)

Defunción: Fecha de defunción:  dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción  \*Defunción por influenza o COVID-19  Si  No

\*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

Nombre y cargo de quien elaboró  Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:  dd/mm/aaaa