

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  Folio plataforma:

Fecha de notificación al SINAVE:  dd/mm/aaaa

Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Nombre (s):

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

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

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:  Si  No  Se ignora

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

Si la respuesta fue afirmativa:

Selección 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  No  Se ignora

Si la respuesta fue afirmativa:

Selección 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  No  Se ignora

Si la respuesta fue afirmativa:

Selección 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  Se ignora

Selección 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  Se ignora

Selección 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=Otros  
 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:

1=Canes 2=Felinos 3=Bovinos 4=Vacunos 5=Equinos 6=Otros 7=Ninguno 8=Se ignora

¿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:  \*Sólo 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 ambulatorios<sup>1</sup> 1=Tratamiento en casa 2=Referencia 3=Caso grave 4=Caso no grave Para casos hospitalizados Unidad de referencia:<sup>1</sup>

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 2= Mejoría 3=Voluntaria 4=Traslado/Referencia<sup>2</sup>

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

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