

IDENTIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR							
Establecimiento notificador: _____							
Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: _____							
Datos del médico/a: _____							
Tel. celular: _____ Correo electrónico: _____							
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS							
Apellido y nombre: _____							
Tipo / N° documento: _____ Nacionalidad: _____							
Lugar de residencia / Provincia: _____ Departamento: _____							
Localidad: _____ Calle / Manzana: _____							
N° Casa: _____ Piso: _____ Depto: _____ Cód. Postal: _____ Barrio/Villa/Asentamiento: _____							
Teléfono Celular: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____							
INFORMACIÓN CLÍNICA							
Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): _____ Fecha de última exposición a aves muertas o enfermas: _____							
Fecha de 1ª consulta: _____ Establecimiento de 1ª consulta: _____							
Fecha de Internación: _____ Establecimiento internación: _____							
Terapia Intensiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha internación UTI: _____							
Requerimiento de ARM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: _____							
SIGNOS Y SÍNTOMAS							
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/>	Rinitis – Congestión nasal - Coriza	<input type="checkbox"/>	Astenia	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Artralgias / Artritis	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Rechazo del alimento	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

ENFERMEDADES PREVIAS/ COMORBILIDADES

Sin comorbilidades Con Comorbilidades Especificar: _____

Embarazo y/o puerperio Semana embarazo*: _____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones

Trabajador/a de la salud	<input type="checkbox"/>	Trabaja con animales (veterinario/cuidador de aves/trabajador avícola)	<input type="checkbox"/>
Personal de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Otro	

Viajes y otras exposiciones de riesgo

1. ¿Ha viajado a una zona dentro o fuera del país donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días?

Sí No

¿Dónde? (País y Ciudad) _____ Fecha de regreso: _____

2. ¿Manipuló o tuvo contacto a menos de un metro con aves muertas o enfermas en los últimos 10 días?

SI NO

Tipo de contacto (especificar) _____ Fecha: _____

3. ¿Participó en actividades de control de foco de gripe aviar? Sí No

Tipo de protección utilizada (especificar) _____ Fecha: _____

4. En caso de haber estado en contacto con aves muertas o enfermas, indique el lugar de origen de las mismas

Silvestres Traspatio De corral

5. ¿Estuvo en contacto cercano (menor a 1 mt de distancia) con una persona reportada como caso sospechoso o confirmado de Influenza A/ H5N1 en los últimos 10 días?

SI NO

Tipo de alimento (especificar) _____

6. ¿Ha manipulado muestras (de origen animal o humano) sospechosas de contener virus H5N1 AI?

SI NO

Antecedentes de vacunación

Vacunación al día según esquema nacional						
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	Número total de dosis recibidas	Fecha de ultima dosis	
Antigripal						
Anti SARS CoV-2						
Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses				Fechas de vacunación <i>(si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)</i>		
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo
Antigripal						

*

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado nasofaríngeo Aspirado traqueal Esputo Hisopado nasal
 Hisopado nasofaríngeo Lavada bronquioalveolar Líquido de derrame pleura Parénquima pulmonar
 Saliva Otra (especificar) _____

Establecimiento de toma de muestra: _____ Fecha de toma de muestra _____

Derivación al LNR SI No Fecha _____

Fecha de derivación _____ Fecha de recepción _____

Apellido y nombre: _____ Teléfono: _____ Firma del notificador: _____