



Ministerio
de Salud

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención y
Control de Enfermedades



Ficha de investigación clínico-epidemiológica Vigilancia Epidemiológica de Virus Respiratorios

I. Modalidad de vigilancia*

☐ ETI☐ IRAG☐ EXPUESTO A EPIZOOTIA

***Epizootia:** presencia de animales enfermos o muertos (aves de corral o silvestres y otros animales susceptibles) con signos compatibles a Influenza tipo A altamente patógena.

***Expuesto:** Toda persona que ha tenido contacto con potencial fuente de infección de Influenza tipo A altamente patógena.

II.- Datos generales de la notificación*

Fecha notificación: ___/___/___ GERESA/DIRESA/DIRIS: LORETO

EES: HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Inst. Admin: ☒ MINSA ☐ EsSalud ☐ FFAA/PNP ☐ Privado ☐ Otro: _____

Inst. cerrada: ☐ Si ☐ No Historia clínica N°: _____

Tipo inst. cerrada: ☐ EESS ☐ IE ☐ Otro: _____

III.- Identificación del paciente*

Nombres y apellidos: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Tipo edad: _____

Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Otro N° _____ N° Teléfono: _____

Etnia o raza: ☐ Mestizo ☐ Asiático descendiente ☐ Afrodescendiente

☐ Andino ☐ Indígena amazónico ☐ Otro: _____

Nacionalidad: ☐ Peruano ☐ Extranjero País de nacionalidad: _____

Domicilio actual: _____

País: _____ Departamento: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Tipo de vía: _____ Nombre de vía: _____ N° puerta: _____

Agrupamiento urbano/rural: _____

Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____

Manzana: _____ Lote: _____ Interior: _____ Kilómetro: _____ Block: _____

Referencia: _____

IV.- Criterios a considerar en eventos inusitados

☐ Caso de IRAG en personas expuestas a epizootias ☐ Muerte por IRAG de causa desconocida

Lugar: _____ ☐ Caso IRAG con contacto con viajeros de zonas de alta patogenicidad

☐ Caso de IRAG en trabajadores expuestos a epizootias ☐ Caso de IRAG en personas con antecedentes de viaje a zonas de

Lugar: _____ transmisión de virus respiratorios de alta patogenicidad

☐ Caso de IRAG con patrón respiratorio inesperado Lugar: _____

V.- Factor o condición de riesgo

☐ Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas) ☐ Enfermedad pulmonar crónica

☐ Puerperio ☐ Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica

☐ Asma ☐ Enfermedad hepática crónica

☐ Diabetes mellitus (Tipo I y II) ☐ Enfermedad Cardiovascular (incluye hipertensión)

☐ Obesidad ☐ Nefropatía crónica

☐ Cáncer ☐ Inmunodeficiencia

☐ Receptor de transplante de órganos ☐ VIH/SIDA

☐ Mayor de 65 años ☐ Otros Especifique: _____

ETI= Enfermedad Tipo Influenza

VI.- Antecedentes vacunales*			
Vacuna contra influenza:	☐ Si ☐ No	Vacunación contra COVID-19:	☐ Si ☐ No
VII.- Clínica*			
Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	Fecha de atención: ____/____/____		
Síntomas	☐ Fiebre o antecedentes de fiebre	☐ Tos	☐ Dificultad respiratoria
	☐ Dolor de garganta	☐ Otro: _____	
VIII. Hospitalización			
Hospitalización*	☐ Si ☐ No	Lugar de hospitalización	Fecha de ingreso* Fecha de egreso ____/____/____ ____/____/____
		☐ Servicio: _____	____/____/____
		☐ Trauma shock	____/____/____
		☐ Unidad de Cuidados Intensivos	____/____/____
		☐ Unidad de Cuidados Intermedios	____/____/____
Oxigenoterapia	☐ Si ☐ No	Fecha de inicio de oxigenoterapia:	____/____/____
Ventilación mecánica	☐ Si ☐ No	Fecha de inicio de ventilación mecánica:	____/____/____
Fallecimiento	☐ Si ☐ No	Fecha de defunción:	____/____/____
Alta	☐ Si ☐ No	Fecha de alta:	____/____/____
IX. Laboratorio			
Obtención de la muestra	☐ Si ☐ No	Fecha de obtención:	____/____/____
Tipo de muestra:		Fecha de envío de muestra:	____/____/____
☐ Hisopado nasofaríngeo	☐ Hisopado orofaríngeo	☐ Lavado broncoalveolar	☐ Tejidos
☐ Hisopado nasal	☐ Aspirado nasofaríngeo	☐ Aspirado endotraqueal	☐ Otro: _____
Resultado:	☐ Negativo ☐ Positivo	Fecha de resultado:	____/____/____
Virus identificado:			
☐ Influenza A	Subtipo: _____	☐ Parainfluenza 1	☐ Parainfluenza 3
☐ Influenza B	Linaje: _____	☐ Parainfluenza 2	☐ Parainfluenza 4
☐ SARS-CoV-2	Variante: _____	☐ Virus sincicial respiratorio	☐ Rinovirus
	Linaje: _____	☐ Adenovirus	☐ Metaneumovirus
X.- Tratamiento			
Oseltamivir:	☐ Si ☐ No	Fecha de inicio de administración de oseltamivir:	_____
Antibióticos :	☐ Si ☐ No	Especifique:	_____
XI.- Firma y sello de la persona que notifica*			
Persona que llena la ficha: _____			
Firma y sello			
Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Correo electrónico: notificacion@dge.gob.pe Telefax 01 - 631-4500 Ca. Daniel Olaechea N° 199 - Jesús María - Lima Dirección electrónica: http://www.dge.gob.pe			