

## ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA ETI

**DEFINICIÓN DE CASO OMS:** Enfermedad respiratoria aguda febril( mayor a 38°), con dolor de garganta y/o tos, en ausencia de otras causas.

Apellido y Nombre:.....

Fecha de Nacimiento:.....DNI:.....

Edad:.....Sexo.....Tel:.....

Domicilio:.....

Ciudad:.....

Fecha toma de muestra:...../...../.....

Paciente vacunado  SI  NO Fecha de vacunación:...../...../.....

Lugar de atención	Ambulatorio		
Comienzo de Síntomas:...../...../.....	Internado	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> GRAL.
Periodo de estado (2 a 7 días) <i>tildar lo que corresponda:</i>			
<input type="checkbox"/> Fiebre >38°C	<input type="checkbox"/> Cefaléa	<input type="checkbox"/> Mialgia	<input type="checkbox"/> Postración
<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Tos Moderada	<input type="checkbox"/> Tos Intensa
<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Diarrea 25% de los niños	

Tratamiento Antivirales  SI  NO Cuál:.....

Antibióticos  SI  NO

Enfermedad crónica o recidivante  SI  NO Cuál:.....

Comorbilidades: Embarazo.....DBT.....Enf. Respiratoria crónica.....

Asma.....Insuf. Renal/Transplante.....Inmunosupresión.....

Antecedentes de viajes.....Lugar y fecha:.....

Contaco con pacientes sospechoso de influenza  SI  NO

Nombre y Apellido	Domicilio	Teléfono

### DATOS DEL MÉDICO

Nombre y Apellido.....Firma.....

Institución.....Telf:.....