Anexo 4: Formulario de notificación Inmediata y envío de muestras a confirmación de casos de IRA grave y Fallecidos por Influenza

**FORMULARIO NOTIFICACIÓN INMEDIATA Y ENVÍO DE MUESTRAS A CONFIRMACIÓN
IRA GRAVE Y FALLECIDOS POR INFLUENZA (COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA)**

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos Paterno _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____

R.U.T.: _____ - _____ SEXO: Fem Masc Edad: _____ años _____ meses Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DOMICILIO: Calle _____ Nº _____ Previsión _____

COMUNA: _____ Región _____ Teléfono fijo o celular: _____

Trabajador avícola o granjas de cerdos SI NO Personal de Salud: SI NO Embarazo SI NO Semanas gestación: ____/____/____

2. ANTECEDENTES CLINICOS.

Fecha inicio síntomas ____/____/____ Fecha 1ª consulta ____/____/____

Síntomas:

Criterios ETI			Criterios IRA niños			Criterios IRA adultos		
Síntomas	Si	No	Síntomas	Si	No	Síntomas	Si	No
Fiebre (>o = 38,5°C)	☐	☐	Neumonía	☐	☐	Neumonía	☐	☐
Tos	☐	☐	Hipoxemia	☐	☐	Taquipnea	☐	☐
Cefalea	☐	☐	Deshidratación o rechazo alimentario	☐	☐	Hipotensión	☐	☐
Mialgias	☐	☐	Dificultad respiratoria	☐	☐	Disnea	☐	☐
Odinofagia	☐	☐	Compromiso hemodinámica	☐	☐	Cianosis	☐	☐
Rinorrea/congestión nasal	☐	☐	Consulta repetida por deterioro clínico	☐	☐	Hipoxemia	☐	☐
						Consulta repetida por deterioro clínico	☐	☐

Enfermedad de base: SI NO Especifique: _____

Hospitalización:

Se hospitaliza: SI NO Fecha hospitalización ____/____/____ Diagnóstico de Ingreso: _____

Unidad Intermedia: SI NO UCI: SI NO VM: SI NO VAFO: SI NO ECMO: SI NO

Uso Antiviral: SI NO Fecha inicio: ____/____/____ Antiviral: Oseltamivir Zanamivir

Traslado Hospitalario: SI NO **Nombre Hospital de Destino:** _____ **Fecha:** ____/____/____

Fallecimiento:

Fallece: SI NO Fecha fallecimiento ____/____/____ Diagnóstico fallecimiento: _____

Antecedentes Vacunación

Vacuna contra influenza SI NO Fecha vacunación: ____/____/____

3. IDENTIFICACION DE MUESTRAS Y EXÁMENES

Fecha obtención de la muestra ____/____/____ Fecha envío muestra: ____/____/____

Virus detectado localmente

Inmuno Fluorescencia: Influenza A Influenza B VRS Adenovirus Parainfluenza Negativo Establecimiento: _____

Test Pack: Influenza A Influenza B Negativo Establecimiento: _____

RT-PCR: Influenza A (H1N1) pdm Influenza A no subtipificable Negativo Establecimiento: _____

Tipo de muestra: Aspirado Nasofaríngeo Tórulas Nasofaríngea Biopsia o Tejido Pulmonar Otro: _____

Establecimiento: _____ Fono: _____

Responsable de la notificación: _____ Fecha notificación: ____/____/____

ENVIAR UNA COPIA JUNTO CON LA MUESTRA AL ISP y VIA MAIL DE INMEDIATO A EPIDEMIOLOGÍA SEREMI RESPECTIVA

Mails Seremis:

notificación_arica@minsal.cl	notificación_valparaiso@minsal.cl	notificación_losrios@minsal.cl
notificación_iquique@minsal.cl	notificación_ohiggins@minsal.cl	notificación_loslagos@minsal.cl
notificación_antofagasta@minsal.cl	notificación_maule@minsal.cl	notificación_aysen@minsal.cl
notificación_atacama@minsal.cl	notificación_biobio@minsal.cl	notificación_magallanes@minsal.cl
notificación_coquimbo@minsal.cl	notificación_araucaania@minsal.cl	notificación_rm@minsal.cl

**Anexo 6: FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRA SUBDEPARTAMENTO VIROLOGÍA
VIGILANCIA INFLUENZA**

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos Paterno y Materno

R.U.T.: Fecha de Nacimiento: / /

Edad: SEXO: DIA MES AÑO

MEDICO SOLICITANTE: _____
HOSPITAL: _____ SERVICIO: _____
DIRECCION: _____ FONONO/FAX: _____

VIRUS DETECTADO por IF: Influenza A : Influenza B Negativo

2.- IDENTIFICACION DE MUESTRAS Y EXÁMENES:

EXAMEN SOLICITADO
PCR

TIPO DE MUESTRA N° REGISTRO ISP

FECHA OBTENCION MUESTRA

DIA MES AÑO

3.- INFORMACIÓN CLÍNICA

Tiempo evolución : _____ días

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA

Toda muestra deberá ser enviada en envase estéril con tapa hermética y refrigerada
Unidad de Recepción de Muestras del ISP 5705187 Subdepartamento Virología 5705447
- 5705448

Anexo 9: Formulario de Registro de Consumo Diario de Antivirales.

FORMULARIO DE CONSUMO DIARIO DE ANTIVIRALES

Ministerio de Salud de Chile

Establecimiento: _____ Servicio de Salud: _____

Región: _____

Fecha: ____/____/____

Tipo de Antiviral	Edad						Sexo		Total
	< 1 año	1-4 años	5-14 años	15-49 años	50-64 años	> de 64 años	Hombres	Mujeres	
Oseltamivir (caja 10 cápsulas)									
Oseltamivir jarabe									
Zanamivir									

Nota: Registrar número de tratamientos entregados.

Nombre persona que informa: _____