



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
Influenza

**DATOS GENERALES**

UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación			No. De ficha					
	Día	Mes	Año	Área	Distrito	Municipio	Evento <b>INF</b>	Año	No.
<b>UBICACIÓN DE LA UNIDAD NOTIFICADORA</b>									
Área de Salud					Distrito				
Servicio					Otro (especifique)				
Establecimiento Privado	RESPONSABLE DEL LLENADO DEL INSTRUMENTO - Nombre				Cargo				
Servicio del hospital									
No. de registro de afiliación				Clasificación	ETI		IRAG		

**DATOS PACIENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre					2do. Nombre						
1er. Apellido			2do. Apellido			De casada					
<b>EDAD</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>			<b>LUGAR DE RESIDENCIA Dirección:</b>						
Años	Meses	Día	Mes	Año							
Departamento			Municipio			Localidad			Sexo	F	M
Grupo Étnico	Maya	Ladino/mestizo	Garífuna	Xinca	Otro:	Teléfono:					
Antecedente positivo de vacunación contra influenza en los últimos 6 meses					Si	No	No sabe				
Antecedente positivo de viaje en los últimos 10 días					Si	No	No sabe				
Lugar											

**DATOS CLÍNICOS**

<b>Enfermedades asociadas</b>										
Diabetes Mellitus		Cáncer			Tratamiento con esteroides			Neuropatía		
Insuficiencia renal crónica		Inmuno comprometido			Cardiopatía crónica			Otras		
<b>Sintomatología actual</b>					<b>FECHA DE INICIO DE SINTOMAS</b>					
					Día	Mes	Año			
Rinorrea		Tiraje subcostal			Adenopatía					
Disnea		Nauseas o vómitos			Malestar general					
Dolor muscular o de articulaciones		Dolor de cabeza			Fiebre >38° centígrados					
Odinofagia		Tos			Estridor laríngeo					
Otros										
<b>Hospitalizado</b>		Si	No	<b>Condición del paciente</b>			Vivo	Muerto		
<b>Fecha de egreso</b>		Día	Mes	Año	<b>Se toma muestra</b>		Si	No		

**FACTORES DE RIESGO**

¿Ha viajado o residido en una zona afectada por brotes de influenza en cerdos, aves u otros animales?	Si	No	¿Dónde?
¿Contacto directo con cerdos o aves muertas, enfermas u otros animales de una zona afectada?	Si	No	¿Dónde?
¿Ha tenido contacto estrecho entre otros humanos vivos o muertos con infecciones de virus de influenza o con una persona que tenga IRAG muy fuerte o rara?	Si	No	¿Dónde?
¿Ha tenido contacto con otros casos en que se relaciona la posibilidad de exposición de animales, cerdos o aves u otros casos y que sean: veterinarios, trabajadores de sacrificio, técnicos de laboratorio o trabajador de atención de salud?	Si	No	¿Dónde?



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Ficha epidemiológica  
**Influenza**

**RESULTADOS DE LABORATORIO**

**Muestras tomadas**

Fecha de recepción	Fecha Toma Muestra	Código Muestra	Tipo Muestra

**Pruebas Realizadas**

Código Muestra	Fecha Prueba	Prueba	Resultado	Comentarios

**Conclusiones Asignadas**

Código Muestra	Resultado Final	Específico No. 1	Específico No. 2	Comentarios

**Otros datos de Laboratorio**

Nombre de la cepa

**Resistencia**

	Si	No	No sabe
Amantadina			
Oseltamivir			
Rimantadina			
Zanmivir			

**Datos de Laboratorio Local**

Inmunofluorescencia directa	Positivo	Negativo
Inmunofluorescencia indirecta	Positivo	Negativo

**Clasificación del caso**

**Diagnóstico final**

Tipo	Subtipo	No subtipificable

**Otros virus respiratorios**

VSR		Adenovirus
Parainfluenza 1		Parainfluenza 2
Parainfluenza 3		Metapneumovirus