



PERÚ

Ministerio  
de SaludCentro Nacional de Epidemiología,  
Prevención y Control de  
Enfermedades

**Ficha de investigación clínico - epidemiológica  
Caso de Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (IRAG inusitada)**

**ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE**

Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_ DIRESA / DIRIS \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Historia clínica N° \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (\*) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
 Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 Residencia: Departamento \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
 Domicilio (referencia): \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

Paciente entre 5 a 60 años de edad previamente sano	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Contacto o crianza: Aves <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cerdos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trabajador de salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Viaje a otro país en los últimos 15 días:	
Contacto con caso de IRAG en últimos 7 días	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre del país _____	
Muerte por IRAG de causa desconocida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Contacto con aves o cerdos en este país	
Vacunación Antigripal en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**FACTOR O CONDICIÓN DE RIESGO**

Tiene factor o condición de riesgo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	I Trimestre <input type="checkbox"/> II Trimestre <input type="checkbox"/> III Trimestre <input type="checkbox"/>	Puerperio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Cardiopatía crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad neurológica crónica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatopatía crónica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique: _____	

**CLINICA**

Fecha de inicio de síntomas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros signos y síntomas			
Diagnóstico presuntivo			
Hospitalización <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de hospitalización (*) _____		
Ingreso a UCI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de ingreso en UCI (*) _____		
Fecha de alta (*) _____			
Fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de defunción (*) _____		

**TRATAMIENTO**

Oseltamivir <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio de administración de oseltamivir (*) _____		
---	--	--	--

**LABORATORIO**

Toma de muestra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Fecha de obtención (*) _____			
<b>Tipo de muestra:</b> Hisopado nasal y faríngeo <input type="checkbox"/>	Aspirado endotraqueal <input type="checkbox"/>		
Aspirado nasofaríngeo <input type="checkbox"/>	Tejidos <input type="checkbox"/>		
Fecha de envío de la muestra (*) _____			

**INVESTIGADOR DEL CASO**

Fecha de llenado de la ficha (*) _____			
Nombre, sello y firma de la persona que llena la ficha:			
(*) Formato de fecha (dd/mm/aa) _____			