



**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE GRIPE A/H1N1**

**DATOS DECLARANTE**

Fecha de declaración del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Declarante: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Procedencia encuesta: \_\_\_\_\_ Punto de declaración: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)**

Municipio: \_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
SIP: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años [ ] meses [ ] días [ ] Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Ocupación: 1. Trabajador sanitario [ ] Especificar \_\_\_\_\_  
2. Trabajador de lab/manipulador de muestras [ ] 3. Docente [ ] 4. Trabajadores de residencias de ancianos [ ]  
5. Trabajadores de guardería [ ] 6. Otros [ ] Especificar \_\_\_\_\_ 9. Desconocida [ ]

Empresa (Colegio): \_\_\_\_\_  
Sección (curso/aula): \_\_\_\_\_ Dirección empresa (Colegio) \_\_\_\_\_  
Municipio (empresa/colegio): \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Paciente extranjero: Sí [ ] Año llegada \_\_\_\_\_ Fecha llegada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ País nacimiento \_\_\_\_\_  
No [ ]

Observaciones: \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de los primeros síntomas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de diagnóstico / de sospecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Año EPI \_\_\_\_\_ Semana EPI \_\_\_\_\_

Fiebre: Sí [ ] No [ ]  °C

**Descripción clínica**

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signos/Síntomas (cont.)	SÍ	NO	NC
Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: (Citar): \_\_\_\_\_

**Debut de la enfermedad:**

Síndrome gripal [ ] Neumonía [ ] Otras complicaciones [ ] (Citar): \_\_\_\_\_

**CLASIFICACIÓN CASO:**

Sospechoso [ ] Probable [ ] Confirmado [ ]   
 → Por laboratorio [ ] Error Diagnóstico [ ]   
 → Por vínculo epidemiológico [ ]

Caso grave: Sí [ ] No [ ] Pendiente [ ]

**Ingreso en hospital:** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Motivo del ingreso: \_\_\_\_\_

¿Ingresó en UVI? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de ingreso en UVI \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Días de estancia en UVI \_\_\_\_\_

¿Ha precisado ventilación mecánica? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] N° días \_\_\_\_\_

¿Ha precisado diálisis? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] N° días \_\_\_\_\_

**Ingreso domiciliario:** Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Recuperación:** Sí [ ] No [ ] Fecha de finalización de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Fallecimiento:** Sí [ ] No [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_

**FACTORES INTRÍNSECOS**

Fumador actual Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Asma Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

EPOC Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Otra enfermedad respiratoria crónica Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

(Especificar) \_\_\_\_\_

Obesidad IMC>=40 Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Diabetes Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Otras enfermedades metabólicas Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

(Especificar) \_\_\_\_\_

Insuficiencia renal Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Inmunodeficiencia activa (VIH, quimioterapia, tto esteroideo...) Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Cáncer (incluyendo leucemia, linfoma) Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Enfermedad cardiovascular (excluye HTA) Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Enfermedad hepática crónica Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Hemoglobinopatía y/o anemia Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Trastornos convulsivos Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Disfunción cognitiva Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Síndrome Down [ ] Demencias [ ] Otros [ ]

Asplenia Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Enfermedad Neuromuscular Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Embarazo Sí [ ] Meses \_\_\_\_\_ No [ ] Desconocido [ ]

Otros \_\_\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

CASO: Pertenece a BROTE [ ] Caso aislado [ ] Agregación [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE CASO: Autóctono [ ] Importado [ ] País \_\_\_\_\_

Extracomunitario [ ] C. Autónoma \_\_\_\_\_ Pendiente [ ] Desconocido [ ]

**COMPLICACIONES**

Neumonía Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Coinfección bacteriana Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Microorganismo aislado \_\_\_\_\_

Hipoxemia Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Coagulopatía intravascular diseminada (CID) Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Sepsis Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Shock Sí [ ] Hipovolémico [ ] Cardiogénico [ ] Séptico [ ] Tóxico [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Fracaso renal agudo Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Alteración cardiaca/cardiopatía Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Alteración función hepática Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Fallo multiorgánico Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Otras \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO ANTIVIRAL**

¿Ha recibido tratamiento con antivirales? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Nombre del fármaco 1: Oseltamivir [ ] Zanamivir [ ] Amantadina [ ] Rimantadina [ ]  
Otros: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Tomado desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del fármaco 2: Oseltamivir [ ] Zanamivir [ ] Amantadina [ ] Rimantadina [ ]  
Otros: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Tomado desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Está vacunado contra la gripe la temporada actual? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**OBSERVACIONES**


---



---



---