

## Formulario de investigación de caso inicial de influenza aviar

Para que los departamentos de salud recopilen datos sobre casos bajo investigación (CUI) por infección humana con virus de influenza aviar en los Estados Unidos. **Oculte o conserve la información en los cuadros sombreados; no envíe a los CDC.**

<b>Condado informante:</b>	<b>Condado de residencia del caso:</b>	<b>Número telefónico del caso:</b>
<b>Nombre del entrevistador:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Correo electrónico:</b>
<b>Nombre del caso:</b>	<b>Nombre del padre/tutor (para menores):</b>	

Envíe la parte a continuación a la División de Influenza de los CDC. (correo electrónico: fluvievsupport@cdc.gov)

<b>1. Fecha del informe:</b> (mm/dd/aaaa): _____		<b>2. Persona que informa:</b> _____
		<b>3. Número de teléfono del contacto:</b> _____
<b>4. Número de ID de caso estatal:</b>		<b>5. Fecha de recogida de la muestra</b> (mm/dd/aaaa): _____
<b>6. ¿Cuál es el subtipo? (Requerido)</b> <input type="checkbox"/> Variante de influenza A(H1N1) <input type="checkbox"/> Variante de influenza A(H1N2) <input type="checkbox"/> Variante de influenza A(H3N2) <input type="checkbox"/> Gripe A(H5N1) <input type="checkbox"/> Gripe A(H7N9) <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>7. N.º de ID de la muestra del laboratorio estatal:</b>
		<b>8. Tipo de prueba realizada en muestra:</b> <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> Antígeno rápido (no recomendado) <input type="checkbox"/> Otro: _____
		<b>9. ¿Se envió la muestra a los CDC?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>10. Al momento de este informe, se encuentra el caso</b> <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Bajo investigación <input type="checkbox"/> No es un caso		
<b>11. Estado de residencia:</b>	<b>12. País de residencia habitual:</b>	<b>13. Si es residente habitual de EE. UU., condado de residencia:</b>
<b>14. Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa): _____	<b>15. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	
<b>16a. Edad:</b> _____		<b>16b. Tipo de edad:</b> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años

<b>17. ¿Tuvo el paciente alguno de los siguientes síntomas:</b> (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Fiebre ( $\geq 100^{\circ}\text{F}$ ) <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Nariz mucosa o congestionada <input type="checkbox"/> Estornudos <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Dolores musculares/cuerpo <input type="checkbox"/> Ojos rojos/drenantes <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>18a. Fecha de inicio de la enfermedad</b> (mm/dd/aaaa): _____	<b>19a. ¿Hospitalización?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>18b. Fecha de resolución de la enfermedad</b> (mm/dd/aaaa): _____	<b>19b. En caso afirmativo, fecha de hospitalización</b> (mm/dd/aaaa): _____
<b>20a. ¿UCI?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>21a. ¿Muerte?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>20b. En caso afirmativo, fecha de ingreso en la UCI</b> (mm/dd/aaaa): _____	<b>21b. En caso afirmativo, fecha de fallecimiento</b> (mm/dd/aaaa): _____
<b>22a. ¿Esta persona ha tomado quimioprofilaxis antiviral contra la influenza?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>23a. ¿Ha comenzado esta persona un tratamiento antiviral contra la influenza?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>22b. En caso afirmativo, fecha de inicio :</b> (mm/dd/aaaa) ____/____/____	<b>23b. En caso afirmativo, fecha de inicio :</b> (mm/dd/aaaa) ____/____/____
<b>24. ¿Es un contacto de un caso confirmado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	<b>25. ¿Es un empleado en un centro de salud?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>26. ¿Ha tenido algún contacto con aves silvestres/aves de corral en los 10 días anteriores al inicio de la enfermedad o fecha de prueba positiva si no hay síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
<b>27a. Si hubo contacto con aves silvestres/aves de corral, ¿dónde ocurrió este contacto?</b> (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Participó en un evento de despoblación <input type="checkbox"/> Cazó y cosechó un pájaro salvaje	

Trabajó o vivió en una granja donde se detectó HPAI  Otra especificar: \_\_\_\_\_

**27b. Si participó en un evento de despoblación o trabajó/vivió en una finca donde se detectó IAAP, indique el ID del brote :**

**28. ¿En qué actividades participó la persona durante el contacto con aves silvestres/aves de corral? (seleccione todas las que correspondan)**

- Vivió cerca de aves.....En caso afirmativo, duración\* \_\_\_\_\_
- Manejo directo de aves.....En caso afirmativo, duración \_\_\_\_\_
- Caminando/trabajando en un área con pájaros. En caso afirmativo, duración \_\_\_\_\_
- Trabajando en área de limpieza/estiércol.....En caso afirmativo, duración \_\_\_\_\_
- Faenado de aves de caza.....En caso afirmativo, duración \_\_\_\_\_
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_En caso afirmativo, duración \_\_\_\_\_

\*Duración actividad realizada en HH:MM.

**29. Mientras realizaba estas actividades, ¿qué EPP se usó/medidas preventivas se tomaron? (seleccione todas las que correspondan)**

- ¿Usó guantes.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No
- ¿Usó protección para los ojos.....En caso afirmativo, durante toda la duración?  Sí  No
- ¿Usó una mascarilla médica.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No
- ¿Usó N95/respirador.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No
- ¿Usó bata.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No
- ¿Se lavó las manos después... En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No
- ¿Se cambió de ropa después... En caso afirmativo, durante todo el tiempo?  Sí  No

**30. ¿Algún contacto con cerdos en los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad o fecha de prueba positiva si no hay síntomas?**

- Sí  No  Desconocido

**31a. ¿Asistió a un evento agrícola/mercado de animales vivos en los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad o fecha de prueba positiva si no hay síntomas?**  Sí  No  Desconocido

**31b. En caso afirmativo, especifique el nombre y la fecha (mm/dd/aaaa):**

**32. ¿Ha viajado la persona fuera de los EE. UU. en los 10 días anteriores al inicio de la enfermedad o la fecha de la prueba positiva si no presenta síntomas?**  Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo, indique la ciudad, el país y las fechas de viaje (mm/dd/aaaa):

**Notas/Comentarios:**

- Para las CUI, coordine la recolección de hisopos nasofaríngeos (NP) y las pruebas de RT-PCR en un laboratorio de salud pública estatal.
- Los pacientes con enfermedades similares a la influenza deben discutir un posible tratamiento antiviral con un proveedor de atención médica.
- Los establecimientos de atención médica deben usar las precauciones de aislamiento apropiadas para los casos bajo investigación por infección con nuevos virus de la influenza A. Los casos no hospitalizados bajo investigación deben quedarse en casa y no asistir a la escuela, el trabajo ni las reuniones sociales hasta que la fiebre haya desaparecido durante al menos 24 horas sin el uso de medicamentos antifebriles.
- Si luego se determina que este caso es un caso confirmado de infección con la nueva influenza A, notifique a los CDC y complete el formulario de los CDC. *Formulario de notificación de caso de infección humana por el nuevo virus de la influenza A .*