

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.**

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

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

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

17. ¿Tuvo el paciente alguno de los siguientes síntomas: (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: _____	
18a. Fecha de inicio de la enfermedad (mm/dd/aaaa): _____	19a. ¿Hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
18b. Fecha de resolución de la enfermedad (mm/dd/aaaa): _____	19b. En caso afirmativo, fecha de hospitalización (mm/dd/aaaa): _____
20a. ¿UCI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	21a. ¿Muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
20b. En caso afirmativo, fecha de ingreso en la UCI (mm/dd/aaaa): _____	21b. En caso afirmativo, fecha de fallecimiento (mm/dd/aaaa): _____
22a. ¿Esta persona ha tomado quimioprofilaxis antiviral contra la influenza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	23a. ¿Ha comenzado esta persona un tratamiento antiviral contra la influenza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
22b. En caso afirmativo, fecha de inicio : (mm/dd/aaaa) ____/____/____	23b. En caso afirmativo, fecha de inicio : (mm/dd/aaaa) ____/____/____
24. ¿Es un contacto de un caso confirmado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	25. ¿Es un empleado en un centro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
27a. Si hubo contacto con aves silvestres/aves de corral, ¿dónde ocurrió este contacto? (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Participó en un evento de despoblación <input type="checkbox"/> Cazó y cosechó un pájaro salvaje	

<input type="checkbox"/> Trabajó o vivió en una granja donde se detectó HPAI <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Vivió cerca de aves.....En caso afirmativo, duración* _____ <input type="checkbox"/> Manejo directo de aves.....En caso afirmativo, duración _____ <input type="checkbox"/> Caminando/trabajando en un área con pájaros. En caso afirmativo, duración _____ <input type="checkbox"/> Trabajando en área de limpieza/estiércol.....En caso afirmativo, duración _____ <input type="checkbox"/> Faenado de aves de caza.....En caso afirmativo, duración _____ <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____.....En caso afirmativo, duración _____ <i>*Duración actividad realizada en HH:MM.</i>	29. Mientras realizaba estas actividades, ¿qué EPP se usó/medidas preventivas se tomaron? (seleccione todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> ¿Usó guantes.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usó protección para los ojos.....En caso afirmativo, durante toda la duración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usó una mascarilla médica.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usó N95/respirador.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Usó bata.....En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se lavó las manos después... En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se cambió de ropa después... En caso afirmativo, durante todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 .*