



REPORTE DE CASO HOSPITALIZADO DE GRIPE A (H1N1)

Fecha de Comunicación ____/____/____	Iniciales paciente ____	Edad ____	Sexo M / F	Ciudad residencia _____
Hospital que comunica	Día Ingreso Hospital ____/____/____	Día comienzo síntomas ____/____/____	Fecha diagnóstico ____/____/____	
Ingreso a UCI SI / NO VNI SI / NO / no sabe VM SI / NO / no sabe	Paciente vivo Si / NO / no sabe Muerte ____/____/____	Test realizado Tipo <input type="checkbox"/> Elisa <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Cultivo <input type="checkbox"/> No conocido <input type="checkbox"/> Otros _____		
El paciente reside en una residencia o ha estado en algún centro asistencial de rehabilitación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconozco				
Es un trabajador de la salud <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si es SI , lugar de trabajo _____	Disfunción Orgánica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Procedimientos <input type="checkbox"/> Vasopresores <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> HFVVC <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Otros _____
Comorbilidades	SI	NO	No sabe	Infección de ingreso <input type="checkbox"/> Neumonía Primaria <input type="checkbox"/> Neumonía bacteriana <input type="checkbox"/> EPOC reagudizado <input type="checkbox"/> Otros _____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuf. Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuf. Renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enf. Hematológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obesidad (BMI>40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobrepeso (BMI >30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enf. Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enf. Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras : _____				
Persona que comunica el caso	Teléfono de contacto		E-mail	
Nota : Estimado Dr. Usted podría ser contactado próximamente en relación al desarrollo de una base de recogida de datos Nacional promovida por la SEMICYUC y coordinada desde el GETI. Muchas gracias				
ENVIAR FAX AL 977-216395 GRUPO TRABAJO ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI) DE LA SEMICYUC Dr. Alejandro Rodríguez				