

Anexo 3: ENCUESTA DE VIGILANCIA DE CASOS GRAVES CONFIRMADOS DE GRIPE PARA EL ENVIO DE MUESTRAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Hospital: _____
Servicio: _____
Apellidos y Nombre del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad (años): _____
Sexo: Hombre Mujer Desconocido

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____

DATOS INGRESO

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido
Fecha de ingreso hospital (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____

GRUPOS DE RIESGO

Enfermedad pulmonar crónica Sí No Desconocido
Diabetes (Otras enfermedades metabólicas) Sí No Desconocido
Enfermedad renal crónica Sí No Desconocido
Enfermedad cardiovascular crónica Sí No Desconocido
Inmunodeficiencias Sí No Desconocido
Obesidad (IMC >40): Sí No Desconocido
Enfermedad hepática crónica Sí No Desconocido
Embarazo: Sí No Desconocido
Semanas de embarazo (ss): _____ Desconocido

COMPLICACIONES

Neumonía: Sí No Desconocido
Co-infección secundaria bacteriana: Sí No Desconocido
Síndrome distrés respiratorio agudo: Sí No Desconocido
Fallo multiorgánico: Sí No Desconocido

TRATAMIENTO ANTIVIRAL

Tratamiento con antivirales Sí No Desconocido
Tipo de antiviral: Oseltamivir Zanamivir Otros NC
Fecha de inicio de tratamiento (ddmmaaaa): _____
Fecha de finalización de tratamiento (ddmmaaaa): _____

VACUNA

¿Ha recibido la vacuna antigripal de esta temporada **al menos quince días antes del inicio de los síntomas**? Sí No Desconocido
Fecha de vacunación (ddmmaaaa): _____