

INFLUENZA AVIAR EN HUMANOS

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definiciones de caso:

Persona expuesta a Influenza Aviar: Toda persona que haya tenido exposición 1 a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona 2 donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal 3. Caso sospechoso de Influenza Aviar: Toda persona expuesta a influenza aviar que presenta – dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza o dificultad para respirar; con o sin fiebre.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ H.C.: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Sexo legal: Masculino Femenino No binario DNI: _____Género: Mujer CIS Varón CIS Mujer Trans Varón Trans Desconocido Estado civil: Desconocido/a Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Unión convivencial

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de 1° los síntomas (FIS): ____/____/____ Fecha de última exposición a aves muertas o enfermas: ____/____/____

Fecha de internación: ____/____/____ Establecimiento de 1° consulta: _____

Terapia Intensiva: Si No Fecha de Internación UTI _____Requerimiento de ARM: Si No Fecha _____**Signos y Síntomas**

Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/>	Rinitis - Congestión nasal Coriza	<input type="checkbox"/>	Astenia	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Artralgias / Artritis	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Rechazo del alimento	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Enfermedades previas/ ComorbilidadesSin comorbilidades Con Comorbilidades Especificar: _____Embarazo y/o puerperio Semana embarazo*: _____**DATOS LABORATORIO****Ocupaciones**

Trabajador/a de la salud	<input type="checkbox"/>	Trabaja con animales (veterinario/cuidador de aves/trabajador avícola)	<input type="checkbox"/>
Personal de laboratorio	<input type="checkbox"/>	Otro	

Viajes y otras exposiciones de riesgo

1. ¿Ha viajado a una zona dentro o fuera del país donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días?

Si No

¿Dónde?(País y Ciudad) _____ Fecha de regreso: _____

2. ¿Manipuló o tuvo contacto a menos de un metro con aves muertas o enfermas en los últimos 10 días?

Si No

Tipo de contacto (especificar) _____ Fecha _____

3. ¿Participó en actividades de control de foco de gripe aviar?

Si No

Tipo de protección utilizada (especificar) _____ Fecha _____

4. En caso de haber estado en contacto con aves muertas o enfermas, indique el lugar de origen de las mismas

Silvestres Traspatio De corral

5. ¿Estuvo en contacto cercano (menor a 1 mt de distancia) con una persona reportada como caso sospechoso o confirmado de Influenza A/ H5N1 en los últimos 10 días?

Si No

Tipo de alimento (especificar) _____

6. ¿Ha manipulado muestras (de origen animal o humano) sospechosas de contener virus H5N1 AI?

Si No

Antecedentes de vacunación

Vacunación al día según esquema nacional						
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	Número total de dosis recibidas	Fecha de ultima dosis	
Antigripal						
Anti SARS CoV - 2						
Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses				Fechas de vacunación		
				<i>si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año</i>		
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo
Antigripal						

DATOS LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado nasofaríngeo Aspirado traqueal Esputo Hisopado nasal

Hisopado nasofaríngeo Lavada bronquioalveolar Líquido de derrame pleural Parénquima pulmonar

Saliva Otra (especificar) _____

Establecimiento de toma de muestra _____ Fecha de toma de muestra _____

Derivación al LNR _____ Fecha _____

Fecha de derivación _____ Fecha de recepción _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____ / ____ / 20____

_____ firma y sello del notificador