

**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/ Comorbilidades**Sin 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