



Sospecha Contacto estrecho BAC Preoperatorio

PROTOCOLO HOSPITALIZACIÓN

PACIENTE LLEGA DEL EXTRANJERO

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

Versión: 2
Página 1 de 2

PR-244.00-007

ID PNTM

N° Epivigila

Información del Paciente

Nombres:
 Apellido Paterno:
 Apellido Materno:
 Sexo: Femenino Masculino
 Fecha Nacimiento: Día Mes Año
 Edad: Años Meses Días

Dirección:
 Región:
 Ciudad/Localidad:
 Comuna:
 Teléfono:
 Previsión:

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:
 Región:
 Provincia:
 Comuna:
 Dirección:

Laboratorio/Hospital:
 Unidad:
 Correo Electrónico:
 Fono:
 Fax:

PROCEDENCIA:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención: Día Mes Año
 Hora obtención:

Virus detectado localmente

Inmuno Fluorescencia: Influenza A Parainfluenza Establecimiento:
 Influenza B Metapneumovirus
 VRS Negativo
 Adenovirus

Test Pack: Influenza A Influenza B Negativo Establecimiento:

RT-PCR: Influenza A (H1N1) pdm Influenza B Establecimiento:
 Film Array: Influenza A (H3N2) Negativo
 Influenza A no subtipificable Otro

Tipo de Muestra: Lavado Broncoalveolar Biopsia o Tejido Pulmonar
 Espudo Torula Orofaringea
 Aspirado Traqueal **Sangre con Anticoagulante EDTA**
 Aspirado Nasofaríngeo
 Tórulas Nasofaríngeas

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Fecha inicio síntomas: Día Mes Año
 Fecha primera consulta: Día Mes Año

Trabajador avícola o granjas de cerdos Trabajador Embarazo
 Semanas gestación:

Viajó al extranjero en los 14 días previo al inicio de los síntomas

Pais Ciudad

Formulario notificación inmediata y envío de muestras a confirmación IRA grave y 2019-nCoV

PR-244.00-007

Síntomas

- Fiebre sobre 38°C
- Dolor de garganta
- Mialgia
- Neumonía
- Encefalitis
- Tos
- Rinorrea/congestión Nasal
- Dificultad Respiratoria
- Hipotensión

- Cefalea
- Taquipnea
- Hipoxia
- Cianosis
- Deshidratación o rechazo alimentario (lactantes)
- Compromiso hemodinámico
- Consulta repetida por deterioro cuadro respiratorio
- Enfermedad de base

Especifique Enfermedad de base:

Antecedentes Vacunación

Vacuna contra influenza

Fecha vacunación: Día Mes Año

Hospitalización

Hospitalizado

Fecha Hospitalización: Día Mes Año

Grave

VM

ECMO

Diagnóstico de ingreso:

Ingreso UCI

VAFO

Uso Antiviral

Antiviral: Oseltamivir Zanamivir

Fecha inicio tratamiento: Día Mes Año

Año

Fallecimiento

Fallece

Fecha Fallecimiento: Día Mes Año

Diagnóstico fallecimiento:

Instrucciones

1. **Recepción de muestras : Lunes a Domingo 24 horas.**
2. El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP.**
3. En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras (02) 5755187**

NOMBRE Y FIRMA MEDICO: