

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO PARA "OPERATIVO RETORNO SUDÁFRICA 2010"



I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																	
N° AFILIACIÓN: _____						FOLIO DEL SISTEMA _____											
CURP: _____						NO. DE EXPEDIENTE: _____											
NOMBRE: _____				Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombre (s)					
FECHA DE NACIMIENTO			EDAD:			SEXO:			ESTADO CIVIL:								
Día Mes Año			Años Meses Días			Masculino Femenino			Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado Separado No aplica Se ignora								
OCUPACIÓN: _____						ESCOLARIDAD: _____											
(Actual o última)						(Ultimo año aprobado)											
RESIDENCIA ACTUAL:																	
Calle			Número			Colonia			Estado								
Jurisdicción Sanitaria			Municipio			Localidad			C.P.			Delegación (para IMSS)					
Teléfono: _____																	
II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE																	
Clave Unidad			Estado / Delegación			Jurisdicción Sanitaria			Municipio			Localidad					
Institución			Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros)						Nombre del Médico Notificante								
FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN:						FECHA DE NOTIFICACIÓN:											
DÍA MES AÑO						DÍA MES AÑO											
DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____						DIAGNÓSTICO FINAL: _____											
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS																	
Fecha de llegada a Sudáfrica: _____						Países y ciudades que visitó: _____											
Fecha de salida de Sudáfrica: _____																	
1.- ¿Uso repelente para moscos?						SI NO											
2.- ¿Tuvo contacto con alguna(s) personas con exantema?																	
3.- ¿Le mordió algún animal silvestre?												DÍA MES AÑO					
4.- ¿Se aplicó la vacuna de la fiebre amarilla?																	
5.- ¿Se aplicó la vacuna de Influenza AH1N1?																	
6.- ¿Se aplicó la vacuna SR?																	
7.- ¿Se aplicó alguna otra vacuna antes de su viaje?												Especifique _____					
8.- ¿En Sudáfrica tuvo relaciones sexuales sin protección con parejas ocasionales?																	
9.- ¿Nadó en albercas?																	
10.- ¿Nadó o se sumergió en algún río o laguna?																	
11.- ¿Visitó Areas Rurales?																	
12.- ¿Realizó algún Safari?																	
IV. CUADRO CLÍNICO																	
FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO: _____						Ingresó a México con síntomas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
DÍA MES AÑO																	
Fiebre <input type="checkbox"/>		Temp _____°C		DÍA MES AÑO													
Cefalea <input type="checkbox"/>		Escape de líquidos <input type="checkbox"/>		Hepatomegalia <input type="checkbox"/>		Erupción petequeal <input type="checkbox"/>											
Mialgias <input type="checkbox"/>		Hemorrágias <input type="checkbox"/>		Esplenomegalia <input type="checkbox"/>		Coluria <input type="checkbox"/>											
Artralgias <input type="checkbox"/>		Dolor abdominal <input type="checkbox"/>		Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>		Ictericia <input type="checkbox"/>											
Postración <input type="checkbox"/>		Diarrea <input type="checkbox"/>		Estupor <input type="checkbox"/>		Escaras <input type="checkbox"/>											
Exantema <input type="checkbox"/>		Odinofagia <input type="checkbox"/>		Desorientación/Confusión <input type="checkbox"/>		Secresión genitourinaria purulenta <input type="checkbox"/>											
Vómito <input type="checkbox"/>		Tos seca <input type="checkbox"/>		Temblor <input type="checkbox"/>		Fotofobia <input type="checkbox"/>											
Náuseas <input type="checkbox"/>		Tos con expectoración <input type="checkbox"/>		Convulsiones <input type="checkbox"/>		Hidrofobia <input type="checkbox"/>											
Escalofríos <input type="checkbox"/>		Congestión nasal <input type="checkbox"/>		Debilidad muscular <input type="checkbox"/>													
Conjuntivitis <input type="checkbox"/>		Rinorrea <input type="checkbox"/>		Parálisis <input type="checkbox"/>		Otras: _____											
Exantema palmar y/o plantar <input type="checkbox"/>		Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/>		Paresia <input type="checkbox"/>													
V. EVOLUCIÓN																	
EN ESTUDIO <input type="checkbox"/>				ALTA <input type="checkbox"/>				DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/>				Fecha de defunción: _____					
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO					
VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO																	
Muestra: _____																	
Fecha toma: _____																	
Prueba a Realizar: _____																	
Fecha de resultado: _____																	
DÍA MES AÑO																	
Resultado: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -																	
A: _____																	
Laboratorio responsable del resultado: _____																	
VII. ESTUDIOS DE CONTACTOS																	
NOMBRE (apellido paterno, materno, nombre)	SEXO		EDAD	Relación con el paciente	Sintomático		Resultado de laboratorio				NOTIFICADO						
	M	F			SI	NO	Positivo	Negativo	Indet.	Se Ign.	SI	NO					
VIII. OBSERVACIONES																	

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO