

## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS GRAVES DE INFECCIÓN POR VIRUS PANDÉMICO (H1N1) 2009

### Datos de la notificación

Fecha Notificación: (dd/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
 Médico que notifica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Centro notificador: \_\_\_\_\_

### Datos del paciente

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: H  M  Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

### Factores intrínsecos del paciente

<b>Fumador actual</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Asma</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>EPOC</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Otra enfermedad respiratoria crónica</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	<i>Especificar:</i> _____
<b>Obesidad IMC ≥ 40</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Diabetes</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Otras enfermedades metabólicas</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	<i>Especificar:</i> _____
<b>Insuficiencia renal</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Inmunodeficiencia activa</b> <i>(VIH, quimioterapia, tto esteroideo...)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Cáncer</b> <i>(incluye leucemia, linfoma)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Enfermedad cardiovascular</b> <i>(excluye HTA)</i>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Enfermedad hepática crónica</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Hemoglobinopatía y/o anemia</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Trastornos convulsivos</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Demencia</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Síndrome Down</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Otra disfunción cognitiva</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Asplenia</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	
<b>Enfermedad Neuromuscular</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	<i>Especificar:</i> _____
<b>Tratamiento prolongado</b> <b>con ácido acetilsalicílico</b>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desconocido <input type="checkbox"/>	

Otros: \_\_\_\_\_

**Embarazo:** Sí       *Semanas de gestación:* \_\_\_\_\_  
 No   
 Desconocido

### Datos de evolución

Fecha de inicio de los síntomas (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Debut de la enfermedad: Síndrome gripal  Neumonía  Otras complicaciones  Especificar: \_\_\_\_\_

Ingreso hospitalario: Sí  No  Desconocido

Si ingreso hospitalario: Hospital de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha ingreso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha alta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ingreso en UCI: Sí  No  Desconocido

Si ingresó en UCI: Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ventilación Mecánica: Sí  No  Desconocido

Si ventilación mecánica: Nº de días: \_\_\_\_\_

Diálisis: Sí  No  Desconocido

Si diálisis: Nº de días: \_\_\_\_\_

**Complicaciones** Sí  No  (si no hay complicaciones pasar al siguiente apartado)

**Neumonía** Sí  No  Desconocido

Si neumonía: Fecha de diagnóstico (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coinfección bacteriana? Sí  No  Desconocido

Si coinfección bacteriana: microorganismo aislado: \_\_\_\_\_

**Hipoxemia** Sí  No  Desconocido

**Síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA):** Sí  No  Desconocido

**Coagulopatía intravascular diseminada (CID)** Sí  No  Desconocido

**Sepsis** Sí  No  Desconocido

**Shock** Sí  No  Desconocido

Si shock, tipo: hipovolémico  cardiogénico  séptico  tóxico

**Fracaso renal agudo** Sí  No  Desconocido

**Alteración cardíaca/ cardiopatía** Sí  No  Desconocido

**Alteración función hepática** Sí  No  Desconocido

**Fallo multiorgánico** Sí  No  Desconocido

Otras: \_\_\_\_\_

### Tratamiento antiviral

¿Ha recibido tratamiento con antivirales? Sí  No  Desconocido

Nombre del fármaco 1: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Desde (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del fármaco 1: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Desde (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Vacunación frente a gripe

**Vacunación frente a la gripe estacional (2009-2010)** Sí  No  Desconocido

Fecha de administración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Vacunación frente a la gripe pandémica (A H1N1)** Sí  No  Desconocido

1ª dosis:  Fecha administración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2ª dosis:  Fecha administración \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Estatus final

**Recuperación**  Fecha finalización de síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fallecimiento**  Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fallecido por gripe: Sí  No

Causa del fallecimiento: \_\_\_\_\_

**Clasificación del caso** CASO CONFIRMADO: Sí  No