



DEFINICIÓN DE CASO	<p><b>IRAG:</b> Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con: Fiebre referida o constatada (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) Y Tos + Inicio del cuadro en los 10 días precedentes + Requerimiento de internación por criterio clínico.</p>	<p><b>IRAG extendida</b> aplicable a <math>&lt; 2</math> años y <math>\geq 60</math> años: infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria + Inicio del cuadro en los 10 días precedentes + Requerimiento de internación por criterio clínico. <u>En lactantes menores de 6 meses</u> incluir además: Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o sepsis (fiebre/hipotermia y shock y gravemente enfermo sin causa aparente)</p>																																								
IDENTIFICACIÓN DE LA UC	<p>Establecimiento notificador (UC-IRAG): _____ Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: ____/____/____ Datos del notificador: _____ Tel. celular: _____</p>																																									
IDENTIFICACIÓN DEL CASO	<p>Apellido y nombre: _____ Tipo / N° documento: _____ Nacionalidad: _____ N° documento de la madre (o persona que gestó al niño o niña) : _____ Lugar de residencia / Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____ Calle / Manzana: _____ N° Casa: _____ Piso: _____ Depto: _____ Cód. Postal: _____ Barrio/Villa/Asentamiento: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: _____</p> <p><b>CLASIFICACIÓN DE CASO:</b> Infección respiratoria aguda grave (IRAG) <input type="radio"/> Infección respiratoria aguda grave (IRAG) extendida <input type="radio"/></p>																																									
INFORMACIÓN CLÍNICA	<p>Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): ____/____/____ Embarazada: SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Fecha de 1ª consulta: ____/____/____ Establecimiento de 1ª consulta: _____ Fecha de internación: ____/____/____ Establecimiento de internación: _____</p>																																									
SIGNOS Y SÍNTOMAS	<table border="0"> <tr> <td>Fiebre (mayor o igual a <math>38^{\circ}</math>) <input type="radio"/></td> <td>Dificultad respiratoria <input type="radio"/></td> <td>Hipoxemia <input type="radio"/></td> <td>Cefalea <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Fiebre menor a <math>38^{\circ}</math> <input type="radio"/></td> <td>Dolor torácico <input type="radio"/></td> <td>Vómitos <input type="radio"/></td> <td>Mialgias <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sin fiebre <input type="radio"/></td> <td>Tiraje <input type="radio"/></td> <td>Diarrea <input type="radio"/></td> <td>Malestar general (astenia) <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor de garganta <input type="radio"/></td> <td>Sibilancias <input type="radio"/></td> <td>Dolor abdominal <input type="radio"/></td> <td>Confusión mental <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rinitis/Congestión nasal <input type="radio"/></td> <td>Taquipnea <input type="radio"/></td> <td>Disgeusia de reciente aparición <input type="radio"/></td> <td>Irritabilidad <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Inyección conjuntival <input type="radio"/></td> <td>Disnea <input type="radio"/></td> <td>Ageusia <input type="radio"/></td> <td>Convulsiones <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tos <input type="radio"/></td> <td>Apnea <input type="radio"/></td> <td>Anosmia de reciente aparición <input type="radio"/></td> <td>Rechazo del alimento <input type="radio"/></td> </tr> </table>		Fiebre (mayor o igual a $38^{\circ}$ ) <input type="radio"/>	Dificultad respiratoria <input type="radio"/>	Hipoxemia <input type="radio"/>	Cefalea <input type="radio"/>	Fiebre menor a $38^{\circ}$ <input type="radio"/>	Dolor torácico <input type="radio"/>	Vómitos <input type="radio"/>	Mialgias <input type="radio"/>	Sin fiebre <input type="radio"/>	Tiraje <input type="radio"/>	Diarrea <input type="radio"/>	Malestar general (astenia) <input type="radio"/>	Dolor de garganta <input type="radio"/>	Sibilancias <input type="radio"/>	Dolor abdominal <input type="radio"/>	Confusión mental <input type="radio"/>	Rinitis/Congestión nasal <input type="radio"/>	Taquipnea <input type="radio"/>	Disgeusia de reciente aparición <input type="radio"/>	Irritabilidad <input type="radio"/>	Inyección conjuntival <input type="radio"/>	Disnea <input type="radio"/>	Ageusia <input type="radio"/>	Convulsiones <input type="radio"/>	Tos <input type="radio"/>	Apnea <input type="radio"/>	Anosmia de reciente aparición <input type="radio"/>	Rechazo del alimento <input type="radio"/>												
Fiebre (mayor o igual a $38^{\circ}$ ) <input type="radio"/>	Dificultad respiratoria <input type="radio"/>	Hipoxemia <input type="radio"/>	Cefalea <input type="radio"/>																																							
Fiebre menor a $38^{\circ}$ <input type="radio"/>	Dolor torácico <input type="radio"/>	Vómitos <input type="radio"/>	Mialgias <input type="radio"/>																																							
Sin fiebre <input type="radio"/>	Tiraje <input type="radio"/>	Diarrea <input type="radio"/>	Malestar general (astenia) <input type="radio"/>																																							
Dolor de garganta <input type="radio"/>	Sibilancias <input type="radio"/>	Dolor abdominal <input type="radio"/>	Confusión mental <input type="radio"/>																																							
Rinitis/Congestión nasal <input type="radio"/>	Taquipnea <input type="radio"/>	Disgeusia de reciente aparición <input type="radio"/>	Irritabilidad <input type="radio"/>																																							
Inyección conjuntival <input type="radio"/>	Disnea <input type="radio"/>	Ageusia <input type="radio"/>	Convulsiones <input type="radio"/>																																							
Tos <input type="radio"/>	Apnea <input type="radio"/>	Anosmia de reciente aparición <input type="radio"/>	Rechazo del alimento <input type="radio"/>																																							
ENFERMEDADES PREVIAS / COMORBILIDADES	<table border="0"> <tr> <td>Prematuridad (<math>&lt;33</math> semanas) <input type="radio"/></td> <td>Asma <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/></td> <td>Discapacidad intelectual <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Prematuridad (33 - 36 semanas) <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad respiratoria crónica <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad renal crónica <input type="radio"/></td> <td>Síndrome de Down <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>RN término (<math>\geq 37</math> semanas) <input type="radio"/></td> <td>Bronquiolitis previa <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad oncológica <input type="radio"/></td> <td>Sin comorbilidades <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bajo peso al nacer <input type="radio"/></td> <td>Tuberculosis <input type="radio"/></td> <td>Asplenia funcional o anatómica <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diabetes <input type="radio"/></td> <td>Ex-fumador <input type="radio"/></td> <td>Infección por VIH/SIDA <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obesidad (IMC 30-39,9) <input type="radio"/></td> <td>Fumador <input type="radio"/></td> <td>Trasplantado <input type="radio"/></td> <td>Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Obesidad mórbida (IMC <math>&gt;39,9</math>) <input type="radio"/></td> <td>Cardiopatía congénita <input type="radio"/></td> <td>Inmunosupresión por otras causas <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desnutrición <input type="radio"/></td> <td>Hipertensión arterial <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad reumática <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Embarazo y/o puerperio <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad cardíaca crónica <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad cerebrovascular <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Displasia broncopulmonar <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad neurológica crónica <input type="radio"/></td> <td>Enfermedad neuromuscular <input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </table>		Prematuridad ( $<33$ semanas) <input type="radio"/>	Asma <input type="radio"/>	Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/>	Discapacidad intelectual <input type="radio"/>	Prematuridad (33 - 36 semanas) <input type="radio"/>	Enfermedad respiratoria crónica <input type="radio"/>	Enfermedad renal crónica <input type="radio"/>	Síndrome de Down <input type="radio"/>	RN término ( $\geq 37$ semanas) <input type="radio"/>	Bronquiolitis previa <input type="radio"/>	Enfermedad oncológica <input type="radio"/>	Sin comorbilidades <input type="radio"/>	Bajo peso al nacer <input type="radio"/>	Tuberculosis <input type="radio"/>	Asplenia funcional o anatómica <input type="radio"/>		Diabetes <input type="radio"/>	Ex-fumador <input type="radio"/>	Infección por VIH/SIDA <input type="radio"/>		Obesidad (IMC 30-39,9) <input type="radio"/>	Fumador <input type="radio"/>	Trasplantado <input type="radio"/>	Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años <input type="radio"/>	Obesidad mórbida (IMC $>39,9$ ) <input type="radio"/>	Cardiopatía congénita <input type="radio"/>	Inmunosupresión por otras causas <input type="radio"/>		Desnutrición <input type="radio"/>	Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Enfermedad reumática <input type="radio"/>		Embarazo y/o puerperio <input type="radio"/>	Enfermedad cardíaca crónica <input type="radio"/>	Enfermedad cerebrovascular <input type="radio"/>		Displasia broncopulmonar <input type="radio"/>	Enfermedad neurológica crónica <input type="radio"/>	Enfermedad neuromuscular <input type="radio"/>	
Prematuridad ( $<33$ semanas) <input type="radio"/>	Asma <input type="radio"/>	Enfermedad hepática crónica <input type="radio"/>	Discapacidad intelectual <input type="radio"/>																																							
Prematuridad (33 - 36 semanas) <input type="radio"/>	Enfermedad respiratoria crónica <input type="radio"/>	Enfermedad renal crónica <input type="radio"/>	Síndrome de Down <input type="radio"/>																																							
RN término ( $\geq 37$ semanas) <input type="radio"/>	Bronquiolitis previa <input type="radio"/>	Enfermedad oncológica <input type="radio"/>	Sin comorbilidades <input type="radio"/>																																							
Bajo peso al nacer <input type="radio"/>	Tuberculosis <input type="radio"/>	Asplenia funcional o anatómica <input type="radio"/>																																								
Diabetes <input type="radio"/>	Ex-fumador <input type="radio"/>	Infección por VIH/SIDA <input type="radio"/>																																								
Obesidad (IMC 30-39,9) <input type="radio"/>	Fumador <input type="radio"/>	Trasplantado <input type="radio"/>	Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años <input type="radio"/>																																							
Obesidad mórbida (IMC $>39,9$ ) <input type="radio"/>	Cardiopatía congénita <input type="radio"/>	Inmunosupresión por otras causas <input type="radio"/>																																								
Desnutrición <input type="radio"/>	Hipertensión arterial <input type="radio"/>	Enfermedad reumática <input type="radio"/>																																								
Embarazo y/o puerperio <input type="radio"/>	Enfermedad cardíaca crónica <input type="radio"/>	Enfermedad cerebrovascular <input type="radio"/>																																								
Displasia broncopulmonar <input type="radio"/>	Enfermedad neurológica crónica <input type="radio"/>	Enfermedad neuromuscular <input type="radio"/>																																								



<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	Caso de (consignar en la sección Diagnóstico referido/constatado). Seleccionar al menos un ítem (obligatorio)							
	<b>Diagnóstico</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sin dato</b>
	Bronquiolitis				Neumonía aguda de la comunidad			
	Sepsis				Shock séptico			
	Otros: _____							
<b>TRATAMIENTO</b>	<b>Tratamiento recibido</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Fecha de Inicio</b>	<b>Fecha de Fin</b>	<b>Resultado de tratamiento</b>	
	Osetamivir				____/____/____	____/____/____		
	Oxigenoterapia de bajo flujo				____/____/____	____/____/____		
	Oxigenoterapia de alto flujo				____/____/____	____/____/____		
	Ventilación mecánica (ARM con intubación)				____/____/____	____/____/____		
	Otros							
<b>DATOS DE INTERNACIÓN/ CONDICIÓN DE ALTA O EGRESO</b>	Terapia Intensiva: Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Fecha internación UTI: ____/____/____ Fecha alta UTI: ____/____/____							
	Requerimiento de ARM: Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Fecha: ____/____/____							
	<b>Condiciones de egreso</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Sin dato</b>	<b>Establecimiento que informa</b>			
	Curado/Mejorado				Fecha de egreso ____/____/____			
Fallecido				Fecha de fallecimiento ____/____/____				
Crónico				Secuelas Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
<b>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	Ocupaciones de riesgo: Trabajador/a de la salud <input type="radio"/> Personal de fuerzas de seguridad <input type="radio"/> Personal de servicio penitenciario <input type="radio"/> Trabaja con animales <input type="radio"/>							
	¿Ha viajado fuera del país? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Dónde? (País y Ciudad) _____ Fecha de regreso: ____/____/____							
	¿Estuvo en contacto con Cerdos o Aves? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
	¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos de IRAs? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>							
Antecedente lactancia en paciente < 6m: Materna exclusiva <input type="radio"/> Materna + artificial <input type="radio"/> Artificial desde nacimiento <input type="radio"/>								
<b>ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DEL CASO</b>	<b>Vacunación al día según esquema nacional</b>	<b>Constatada</b>	<b>Referida</b>	<b>No vacunado</b>	<b>Sin Dato</b>	<b>Nro Dosis</b>	<b>Fecha última dosis (si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)</b>	
	Antigripal						____/____/____	
	Anti SARS CoV-2						____/____/____	
	Palivizumab						____/____/____	
<b>ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN DE LA MADRE</b>	<b>Vacunación al día según esquema nacional</b>	<b>Constatada</b>	<b>Referida</b>	<b>No vacunado</b>	<b>Sin Dato</b>	<b>Nro Dosis</b>	<b>Fecha última dosis (si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)</b>	
	Antigripal						____/____/____	
	Vacunación materna para VSR						Semana de gestación: 32 / 33 / 34 / 35 / 36 (Señale la semana que corresponda)	
<b>Datos de laboratorio</b>	Tipo de muestra: _____				Fecha de toma de muestra: ____/____/____			
	Establecimiento de diagnóstico _____							