



MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA / SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
MONITOREO DE ENFERMEDAD PULMONAR AGUDA CON ANTECEDENTE DE USO DE CIGARRILLO ELECTRONICO O VAPORIZADOR
FICHA DE NOTIFICACION / INVESTIGACION

Rellenar en todos los casos sospechoso o confirmado de Enfermedad Pulmonar Aguda con antecedente de uso de cigarrillo electronico o vaporizador.

I. DATOS VIGILANCIA	1 Fecha de notificación	<input type="text"/>	2 Nº Registro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
	3 Nombre del paciente	Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre					
	4 RUN	<input type="text"/>		-	5 Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6 Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7 Domicilio	<input type="text"/>		Región	<input type="text"/>	Comuna	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	8 Pueblo Originario	<input type="text"/>		9 Nacionalidad		<input type="text"/>							

II. Antecedentes de uso de dispositivos electrónicos.	10 Uso de cigarrillo electronico o vaporizador	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	11 Durante los ultimos 90 dias. ¿En cuantos dias usaste cigarrillo electronico o vaporizador?	<input type="checkbox"/> 1 a 2 días <input type="checkbox"/> 3 a 5 días <input type="checkbox"/> 6 a 9 días <input type="checkbox"/> 10 a 19 días <input type="checkbox"/> 20 a 29 días <input type="checkbox"/> Todos los días	
	13 Número de horas de consumo diario. Especifique.	<input type="text"/>	
	14 Mencione la sustancia que utiliza para su dispositivo. (selección multiple)	<input type="checkbox"/> Nicotina <input type="checkbox"/> Saborizantes/Aromatizantes <input type="checkbox"/> Derivado de cannabis <input type="checkbox"/> Otro especificar <input type="text"/>	

III. DATOS MEDICOS	15 Factores de riesgo y comorbilidades	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Indicar comorbilidades <input type="checkbox"/> Cardiopatía crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica crónica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida <input type="checkbox"/> Otras. Especificar <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Prematurez <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Ausencia de lactancia materna			
	Embarazo	1T <input type="checkbox"/>	2T <input type="checkbox"/>			3T <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Puerperio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
	Vacunación Influenza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>

IV. INFORMACION CLINICA	16 Sintomatología	Fecha inicio síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Disnea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Taquipnea > 26 x min.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	20 Diagnóstico	<input type="text"/>												

LABORATORIO E IMAGENOLÓGICO	21 Panel respiratorio viral	Fecha de toma	<input type="text"/>	Fecha de recepción	<input type="text"/>	2ª Muestra	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Muestra No Procesada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
	Tipo de Muestra	Aspirado Nasofaríngeo		Aspirado traqueal		Hisopado Nasofaríngeo		Otro <input type="text"/>							
	Fecha de procesamiento	<input type="text"/>													
	Causa No procesamiento	<input type="text"/>													
	22 Resultados	Fecha entrega	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	Influenza A <input type="checkbox"/>	Influenza B <input type="checkbox"/>	VRS <input type="checkbox"/>	Adenovirus <input type="checkbox"/>	Parainfluenza <input type="checkbox"/>	Metapneumovirus <input type="checkbox"/>	Parainfluenza I <input type="checkbox"/>	Parainfluenza II <input type="checkbox"/>

21 Proteína C Reactiva	Fecha de toma	<input type="text"/>	Resultado, especificar	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
21 Hemocultivo	Fecha de toma	<input type="text"/>	Resultado, especificar	<input type="text"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

21 Cultivo de expectoración

día mes año

Fecha de toma

Resultado, especificar

Positivo Negativo Especificar agente _____

21 Radiografía de Torax

día mes año

Fecha de toma

Resultado

Infiltrado Intersticial
Opacidad pulmonar

Sí No

día mes año

21 Scanner de Torax

Fecha de toma

Resultado

Imagen de vidrio esmerilado

Sí No

día mes año

