



## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS. TEMPORADA 2021-2022

<b>Semana</b>	<b>40</b>	del	4 octubre de 2021	al	10 de octubre de 2021
<b>Semana</b>	<b>41</b>	del	11 de octubre de 2021	al	17 de octubre de 2021
<b>Semana</b>	<b>42</b>	del	18 de octubre de 2021	al	24 de octubre de 2021
<b>Semana</b>	<b>43</b>	del	25 de octubre de 2021	al	31 de octubre de 2021
<b>Semana</b>	<b>44</b>	del	1 de noviembre de 2021	al	7 de noviembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>45</b>	del	8 de noviembre de 2021	al	14 de noviembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>46</b>	del	15 de noviembre de 2021	al	21 de noviembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>47</b>	del	22 de noviembre de 2021	al	28 de noviembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>48</b>	del	29 de noviembre de 2021	al	5 de diciembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>49</b>	del	6 de diciembre de 2021	al	12 de diciembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>50</b>	del	13 de diciembre de 2021	al	19 de diciembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>51</b>	del	20 de diciembre de 2021	al	26 de diciembre de 2021
<b>Semana</b>	<b>52</b>	del	27 de diciembre de 2021	al	2 de enero de 2022
<b>Semana</b>	<b>1</b>	del	3 de enero de 2022	al	9 de enero de 2022
<b>Semana</b>	<b>2</b>	del	10 de enero de 2022	al	16 de enero de 2022
<b>Semana</b>	<b>3</b>	del	17 de enero de 2022	al	23 de enero de 2022
<b>Semana</b>	<b>4</b>	del	24 de enero de 2022	al	30 de enero de 2022
<b>Semana</b>	<b>5</b>	del	31 de enero de 2022	al	6 de febrero de 2022
<b>Semana</b>	<b>6</b>	del	7 de febrero de 2022	al	13 de febrero de 2022
<b>Semana</b>	<b>7</b>	del	14 de febrero de 2022	al	20 de febrero de 2022
<b>Semana</b>	<b>8</b>	del	21 de febrero de 2022	al	27 de febrero de 2022
<b>Semana</b>	<b>9</b>	del	28 de febrero de 2022	al	6 de marzo de 2022
<b>Semana</b>	<b>10</b>	del	7 de marzo de 2022	al	13 de marzo de 2022
<b>Semana</b>	<b>11</b>	del	14 de marzo de 2022	al	20 de marzo de 2022
<b>Semana</b>	<b>12</b>	del	21 de marzo de 2022	al	27 de marzo de 2022
<b>Semana</b>	<b>13</b>	del	28 de marzo de 2022	al	3 de abril de 2022
<b>Semana</b>	<b>14</b>	del	4 de abril de 2022	al	10 de abril de 2022
<b>Semana</b>	<b>15</b>	del	11 de abril de 2022	al	17 de abril de 2022
<b>Semana</b>	<b>16</b>	del	18 de abril de 2022	al	24 de abril de 2022
<b>Semana</b>	<b>17</b>	del	25 de abril de 2022	al	1 de mayo de 2022
<b>Semana</b>	<b>18</b>	del	2 de mayo de 2022	al	8 de mayo de 2022
<b>Semana</b>	<b>19</b>	del	9 de mayo de 2022	al	15 de mayo de 2022
<b>Semana</b>	<b>20</b>	del	16 de mayo de 2022	al	22 de mayo de 2022

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE E INFECCIONES VIRICAS RESPIRATORIAS FICHA DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (ADULTOS)

Enviar el **lunes siguiente** a finalizar la semana al fax número: **985106320**  
No hace falta enviar carátula de fax. Teléfono de información o dudas: 985106504

Semana nº ..... que finaliza el domingo ...../...../.....

ETIQUETA O SELLO DEL MEDICO	<b>NO HAY DECLARACIÓN DE CASOS ESTA SEMANA A CAUSA DE:</b>  1. No se han registrado casos <input type="checkbox"/> 2. Ausencia de la consulta <input type="checkbox"/> Número de días ausentes: ...	<b>Nº de Hoja:</b> 1ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/> 4ª <input type="checkbox"/> 8ª <input type="checkbox"/>
-----------------------------	---	--

Columna Nº	1	2	3	4	5
<b>IDENTIFICACIÓN:</b>					
Iniciales nombre/apellidos	.....	.....	.....	.....	.....
Edad (años)	.....	.....	.....	.....	.....
Sexo: Varón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CLINICA:</b>					
Aparición súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre o febrícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto con otro caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fecha inicio síntomas</b>	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....
<b>FACTOR DE RIESGO:</b>					
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra enf. respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf cardiovascular crónica (excluida HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf metabólica crónica (incluye diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia/neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad (IMC≥40 Kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	.....	.....	.....	.....	.....
<b>COMPLICACIONES:</b>					
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especificar)	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Vacunación antigripal (15 días antes de los síntomas)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de vacunación	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....
<b>Derivación a hospital Baja laboral (IT)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Envío de muestras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Por favor, marque la opción elegida con una X sobre el cuadro correspondiente)

**Número de casos COVID19:** .....

**Otros VIRUS RESPIRATORIOS** (con Rinitis aguda, coriza, nasofaringitis, faringitis, infección respiratoria alta) número de casos: .....

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA GRIPE  
E INFECCIONES VIRICAS RESPIRATORIAS  
FICHA DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (PEDIATRÍA)**

Enviar el **lunes siguiente** a finalizar la semana al fax número: **985106320**  
No hace falta enviar carátula de fax. Teléfono de información o dudas: 985106504

Semana nº ..... que finaliza el domingo ...../...../.....

ETIQUETA O SELLO DEL MEDICO	<b>NO HAY DECLARACIÓN DE CASOS ESTA SEMANA A CAUSA DE:</b>	<b>Nº de Hoja:</b>
	No se han registrado casos <input type="checkbox"/>	1ª <input type="checkbox"/> 5ª <input type="checkbox"/>
	Ausencia de la consulta <input type="checkbox"/>	2ª <input type="checkbox"/> 6ª <input type="checkbox"/>
	Número de días ausentes: ....	3ª <input type="checkbox"/> 7ª <input type="checkbox"/>
		4ª <input type="checkbox"/> 8ª <input type="checkbox"/>

Columna Nº	1	2	3	4	5
<b>IDENTIFICACIÓN:</b>					
Iniciales nombre/apellidos	.....	.....	.....	.....	.....
Edad (años)	.....	.....	.....	.....	.....
Sexo: Varón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CLINICA:</b>					
Aparición súbita (<12 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre (>37,5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar, debilidad, somnolencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad, llanto frecuente, cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evitación estímulos, postración, mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta, odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacto con otro caso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fecha inicio síntomas</b>	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....
<b>FACTOR DE RIESGO:</b>					
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra enf. respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf cardiovascular crónica (excluida HTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf metabólica crónica (incluye diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia/neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad (IMC≥3 DS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	.....	.....	.....	.....	.....
<b>COMPLICACIONES:</b>					
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especificar)	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Vacunación antigripal</b> (15 días antes de los síntomas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de vacunación	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....	..../..../....
<b>Derivación a hospital</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Envío de muestras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Por favor, marque la opción elegida con una X sobre el cuadro correspondiente)

**Número de casos COVID19:** .....

**Otros VIRUS RESPIRATORIOS** (con Rinitis aguda, coriza, nasofaringitis, faringitis, infección respiratoria alta) número de casos: .....

**FICHA DE REMISIÓN DE FROTIS FARÍNGEO y/o NASAL PARA VIRUS GRIPAL Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS**

Semana nº ..... que finaliza el domingo ...../...../.....

ETIQUETA o SELLO DEL MEDICO
-----------------------------

**IDENTIFICACIÓN:**

Código Identificación: ..... /..... / ..... (semana, nº hoja, nº columna)

**Apellidos** ..... **Nombre**.....

**Edad** ..... (años)      **Sexo:**    Varón     Mujer

**Fecha inicio de los síntomas:** ...../...../.....    **Fecha de toma de la muestra:** ...../...../.....

**Centro de Salud:**.....

<p><b>Clínica:</b></p> <p>Aparición súbita                    <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre o febrícula                    <input type="checkbox"/></p> <p>Malestar general                    <input type="checkbox"/></p> <p>Cefalea                                    <input type="checkbox"/></p> <p>Mialgia                                    <input type="checkbox"/></p> <p>Tos                                         <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor de garganta                    <input type="checkbox"/></p> <p>Disnea                                    <input type="checkbox"/></p> <p>Escalofríos                            <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Valoración epidemiológica:</b></p> <p>Caso esporádico                    <input type="checkbox"/></p> <p>Brote localizado                    <input type="checkbox"/></p> <p>Epidemia                                <input type="checkbox"/></p> <p><b>Estado vacunal:</b></p> <p>Vacuna antigripal:                No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Vacuna COVID:                    No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha vacunación gripe: ...../...../.....</p> <p>Fecha vacunación COVID: ...../...../.....</p>
--	--

CASO ESPORÁDICO: Aparición de un caso aislado en la comunidad  
 BROTE LOCALIZADO: aparición de varios casos con agregación temporal y espacial  
 EPIDEMIA: aparición de múltiples casos sin relación entre ellos

**TIPO DE FROTIS:** Faríngeo  Nasal

**MUESTRA PROCEDENTE DE CASOS DE:**  
 Gripe  Infección respiratoria

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

Enviar junto con la muestra a: **Laboratorio de Virología (A la atención del Dr. Santiago Melón)**  
 Hospital Universitario Central de Asturias, C/ Avda de Roma, s/n. 33011 OVIEDO