

INSTRUMENTO DE PRUEBA DE LA INFLUENZA H1N1 (PORCINA)

Vigente a partir de 1855 del 05/04/09

Criterio de Evaluación 1

Ha tenido el niño fiebre [>37.8 C (100 F) enfermedad de las vías respiratorias o parecido al síndrome de sepsis?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El niño fue ingresado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

Si su respuesta es **SI** a las dos preguntas: **PRUEBA** (Siga la pauta de abajo Criterio2)

Criterio de Evaluación 2

Ha tenido el niño fiebre [>37.8 C (100 F) enfermedad de las vías respiratorias o parecido al síndrome de sepsis?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El niño tiene factor de riesgo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si- Si la respuesta es SI identifique el factor de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menor de 5 años <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trasplante <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> otra condición que requiera medicamentos inmunosupresores <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> desorden hepático <input type="checkbox"/> hematológico <input type="checkbox"/> desorden neuromuscular <input type="checkbox"/> desorden metabólico <input type="checkbox"/> en terapia de aspirina

Si la respuesta es **SI** a ambas preguntas: **PRUEBA**

- Póngalo en un Cuarto de Presión Negativa, si hay disponible y déle una mascarilla al paciente y al miembro de la familia que este tosiendo.
- Los trabajadores del Sistema de Salud deben usar una mascarilla de respiración N-95 y protección de ojos cuando entren al cuarto del paciente.
- Notifique al departamento que reciba.
- Llame a Control de Infecciones al 816-234-3223 (x53223) si el paciente es ingresado y envíe por fax el formulario a Control de Infecciones al 816-346-1328
- Si es un proveedor de la comunidad, por favor llame al 1 800 GO MERCY, si el paciente va a ser enviado a CMH solamente para confirmación de la muestra, para evaluación de pacientes externos y pruebas o admisión.
- Mande el formulario con el paciente si usted viene de una oficina externa de doctores.

Screening Criterias 3

¿Ha tenido el niño fiebre [37.8° C (100° F)] enfermedad de las vías respiratorias, NO por debajo del factor de riesgo y no es ingresado?	<input type="checkbox"/> SI- <u>NO HAGA LA PRUEBA</u>
Nombre de la persona que evalúa / fecha	Nombre del paciente y Fecha de Nacimiento

Padres/ Nombre del Guardián legal/ teléfono	ESTADO/ CONDADO de residencia del paciente
Referido por/PCP nombre teléfono	