**Cuestionario de contacto de influenza aviar**

Fecha:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, llamo en nombre de NC DPH y el departamento de salud del condado de \_\_\_\_\_\_.

Esta llamada se refiere a su reciente exposición a pájaros enfermos. Me gustaría hacerle algunas preguntas y ayudar a determinar el nivel de asistencia que puede necesitar del departamento de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor seleccione S/N**

¿Desplegado? Sí [ ] No [ ] Trabajador agrícola Sí [ ] No [ ]

¿Empleado del USDA? Sí [ ] No [ ] Visitante Sí [ ] No [ ]

¿Empleado de NCDA? Sí [ ] No [ ] Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Dónde ocurrió la(s) exposición(es) (Nombre de la Granja, Dirección, Ciudad y/o Condado)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue la fecha del **PRIMER** contacto con aves infectadas (incluye desmontaje y montaje del equipo, contacto con animales y actividades de despoblación): \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál fue la fecha del **ÚLTIMO** contacto con aves infectadas (incluye desmontaje y montaje del equipo, contacto con animales y actividades de despoblación)?\_\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

4. ¿Usó equipo de protección personal (EPP) durante toda la exposición directa a aves enfermas o muertas o parvadas infectadas (la exposición directa incluye: contacto con aves [p. ej., manipulación, matanza, desplumado, despiece, preparación para el consumo]; contacto directo con superficies contaminadas con heces o partes de aves [cadáveres, órganos internos, etc.] o exposición prolongada a aves en un espacio confinado)? Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

5. ¿Está tomando antivirales (oseltamivir, zanamivir) para la influenza relacionada con esta exposición? Sí [ ] No [ ]

A. En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de inicio? \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

B. En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de finalización? \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

C. Medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ¿Está bajo control diario? Sí - Activo [ ] Pasivo [ ] No [ ]

**Vacunación**

7. ¿Recibió una vacuna contra la gripe esta temporada? Sí [ ] (Fecha:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ) No [ ]

8. ¿Recibió la vacuna COVID-19? Sí [ ] – {Al día [ ​​] No [ ]} No [ ]

**Síntomas**

9. ¿Tiene signos y síntomas (lea la lista/registro de síntomas) de infección por influenza?

Sí [ ] No [ ]

A. En caso afirmativo, qué signos y síntomas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B. Fecha de inicio de los síntomas \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

10. ¿Necesita o planea visitar a un proveedor? (Marque con un círculo: ED, Clínica, Proveedor) Si [ ] No [ ]

Indique la información del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pruebas**

11. ¿Se realizaron pruebas de influenza? Sí [ ] No [ ]

12. Fecha de recolección de la muestra \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

**Tratamiento**

13. ¿Antivirales recetados? Sí [ ] No [ ]

A. En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de inicio? \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

B. En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de finalización? \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_\_

C. Medicamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Señales y síntomas**

* Fiebre
* Tos
* Dolor de garganta
* Flujo nasal
* Inflamación ocular/ conjuntivitis
* Estornudos
* Falta de aliento
* Fatiga (cansancio)
* Dolor muscular
* Dolor de cabeza
* Nausea
* Vómito
* Diarrea
* Convulsiones
* Erupciones/sarpullido