

ESTUDIO INFLUENCEF PROGRAMA VIGIRA RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2023

NOMBRE _____	Mes: _____	Declara:	<input type="checkbox"/> Sin casos	Hoja:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4
CIAS _____	Año: _____		<input type="checkbox"/> Con casos	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	
Fecha de cumplimentación:	_____		<input type="checkbox"/> Ausencia consulta	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6	

Fecha toma muestra	CIP/CIPA	Nombre y apellidos	Positiva gripe Sí/No	Contactado Sí/No	Causa no contacto	Cefalea Sí/No	Consentimiento Sí/No	Teléfono de contacto	Observaciones