Ministerio de Salud
Argentina

# SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

**CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID-19**

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

**ACTUALIZACIÓN 23-10-2020**

## CLASIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN

Caso sospechoso en investigación ☐ Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico ☐ Caso confirmado por Test de antígeno en terreno ☐

## IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: .....
Localidad: ..... Provincia: ..... Fecha de notificación: ..... / ..... /.....
Apellido y nombre del notificador: .....
Teléfono: ..... Correo electrónico: ..... Rol dentro del sistema: .....

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO

ID Evento / Caso SNVS: .....
Apellido y Nombre: .....
Tipo/N°documento: ..... Nacionalidad: .....
Persona Privada de su libertad SI ☐ NO ☐ Vive en residencia de adultos mayores SI ☐ NO ☐ Se declara pueblo indigena SI ☐ NO ☐
Etnia: .....
**Lugar de residencia:** Provincia ..... Departamento: .....
Localidad: ..... Calle / Manzana: .....
Nº/Casa: ..... Piso: ..... Depto: ..... Cód. Postal: ..... Barrio/Villa/Asentamiento: .....
Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... /..... Edad: ..... Sexo: .....

## INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ..... / ..... /..... Semana epidemiológica de FIS ☐ Ambulatorio ☐ Internado ☐
Fecha de 1ª consulta ..... / ..... /..... Establecimiento de 1ª consulta: .....
Caso fallecido: SI ☐ NO ☐ Fallecimiento en institución hospitalaria ☐ Fallecimiento en domicilio ☐ Otro: .....

## SIGNOS Y SÍNTOMAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| Anosmia de reciente aparición | | Odinofagia | |
| Disgeusia de reciente aparición | | Dificultad respiratoria | |
| FIEBRE: >38° | | Cefalea | |
| Fiebre <38° | | Mialgia | |
| Tos | | Diarrea/vómitos | |
| Otros | | Especificar: ..... | |

## EN CASO DE DX. SME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO

| | |
|---|---|
| Erupción cutánea / conjuntivitis bilateral no purulenta / signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies) | |
| Hipotensión / shock | |
| Pericarditis / valvulitis / anomalías coronarias | |
| Coagulopatía Diarrea, vómitos o dolor abdominal) | |
| Marcadores elevados de inflamación | |

## ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta ☐ No Presenta ☐

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Asma | | Hemodiálisis crónica | | Enfermedad renal crónica - No diálisis | | Fumador/a | | Puerperio | |
| Bajo peso al nacer | | Embarazo | | Obesidad (IMC igual o mayor a 35) | | Cardiopatía | | Enfermedad cerebro vascular | |
| Bronquiolitis previa | | Enfermedad hepática | | Inmunosupresión congénita o adquirida | | Hipertensión arterial | | Diálisis peritoneal | |
| Diabetes | | Enfermedad neurológica | | EPOC | | N.A.C. previa | | Trasplantado renal | |
| Diálisis aguda | | Enfermedad oncológica | | Ex fumador/a | | Prematuridad | | Otros | |

Especificar: .....

Observaciones: .....
.....

**IRA-G** (Infección Respiratoria Aguda Grave) = Fiebre+Tos+Necesidad de internación ☐
**ETI** (Fiebre+tos+ambulatorio) ☐
**Neumonía** con imágenes de tórax sugestivos por COVID-19 ☐
**Otras:** .....
.....

| **Tratamientos** | Fecha de inicio | Fecha de finalización |
|---|---|---|
| Lopinavir/Ritonavir jarabe | | |
| Hidroxicloroquina 200mg | | |
| Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg | | |
| Plasma de convaleciente | | |
| Asistencia respiratoria mecánica | | |
| Otros | | |

Ministerio de Salud
Argentina

# SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

**CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO DE COVID-19**

FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

**ACTUALIZACIÓN 23-10-2020**

## EVOLUCIÓN

**Establecimiento de internación:** .....

**Internado por criterio clínico:** SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

**Ingresado a sala de cuidados intensivos:** SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

Alta ☐ Fallecido ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

**Requerimiento de ARM:** SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

**Buena evolución:**

☐ En aislamiento encentros no hospitalarios
☐ En aislamiento hospitalario
☐ En aislamiento domiciliario

## ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

**Ocupaciones:**

**Trabajador de la salud:** Profesional con función asistencial ☐ Técnico/auxiliar con función asistencial ☐ Función administrativa ☐

Reside o trabaja en una institución semi-cerrada o de estancia prolongada? SI ☐ NO ☐ Cuál: .....
(residencia dultos mayores/comisarias/penales/monovalentes)

**Antecedentes de vacunación Antigripal:** SI ☐ NO ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

**Antecedentes Epidemiológicos de posible exposición:**

1. Caso sintomático con antecedente de contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19 conviviente. SI ☐ NO ☐
   Apellido y nombre del caso: ..... DNI o ID SNVS: .....
2. Caso sintomático con antecedente de contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19 no conviviente. SI ☐ NO ☐
   Apellido y nombre del caso: ..... DNI o ID SNVS: .....
3. Caso sintomático parte de un conglomerado de casos con casos confirmados por laboratorio. SI ☐ NO ☐
4. Caso sintomático que pudo haber adquirido la infección en un centro asistencial. SI ☐ NO ☐
   Nombre del centro asistencial: .....
5. Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en ocasión de atender pacientes con COVID-19. SI ☐ NO ☐
6. Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en contacto con otro personal de salud. SI ☐ NO ☐
7. Viajó a zona de riesgo para COVID 19 fuera del país. SI ☐ NO ☐
   Fecha: ..... / ..... / ..... Lugar: .....
8. Viajó a zona de riesgo para COVID 19 dentro del país. SI ☐ NO ☐
   Fecha: ..... / ..... / ..... Lugar: .....
9. Posible transmisión comunitaria (no es posible establecer contacto de riesgo identificable). SI ☐ NO ☐
10. Caso confirmado asintomático estudiado en situaciones especiales. SI ☐ NO ☐

## LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado ☐ Hisopado ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Saliva ☐ Otra: .....

Establecimiento de toma de muestra: ..... Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....

Establecimiento al que se deriva la muestra: ..... Fecha de derivación ..... / ..... / .....

## LISTADO DE CONTACTOS ESTRECHOS (DESDE 48HS ANTES DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS)

| Apellido y Nombre | DNI | Teléfono | Domicilio | Fecha último contacto | Tipo de contacto (Conviviente/laboral/Otro) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Observaciones: .....

.....

**Datos del personal que notifica**

Nombre y Apellido

Firma y sello