

CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS (2019-nCoV)

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

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador

Fecha de notificación / /

Nombre del médico Teléfono.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Apellido y Nombre N° de documento

Lugar de residencia: Provincia Departamento

Localidad Domicilio

Piso Depto. Cód. Postal

Teléfono Fecha de nacimiento / /

Edad Sexo

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): / /

Fecha de 1ª consulta / /

Establecimiento de 1ª consulta

Ambulatorio Internado

Fecha de Internación / /

Establecimiento internación

Terapia Intensiva: SI NO

Fecha internación UTI / / Requerimiento de ARM: SI NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	Tos	Dolor de garganta	Odinofagia
Taquipnea/Disnea	Tiraje	Insuficiencia respiratoria	Dolor torácico
Diarrea	Vómitos	Dolor abdominal	Rechazo del alimento
Artralgias	Mialgias	Cefalea	Irritabilidad/confusión
Malestar general	Evidencia radiológica de neumonía	Inyección conjuntival	Convulsiones
Coma	Otros (especificar):		

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

 Presenta No Presenta

Inmunosupresión congénita o adquirida	Enfermedad neurológica	Bronquiolitis previa
Diabetes	Enfermedad hepática	N.A.C. previa
Obesidad	Enfermedad Renal Crónica	EPOC
Embarazo	Hipertensión arterial	Asma
Puerperio	Insuficiencia cardíaca	Tuberculosis
Prematuridad (..... semanas)	Enfermedad oncológica	Ninguna de las anteriores
Bajo Peso al nacer (..... gr)	Otros (especificar):	

TRATAMIENTOS

Antibiótico: fecha de inicio / /

Antiviral: fecha de inicio / /

Resultado: En curso / Terminado

Resultado: En curso / Terminado

Otros: fecha de inicio...../...../.....

Resultado: En curso / Terminado

Estado al momento de la notificación: Recuperado / No recuperado

Fallecido SI-NO

Fecha fallecimiento: / /

Diagnóstico: Síndrome gripal / Bronquitis / Neumonía

Otros (especificar):

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones:

Trabajador de atención de la salud

Trabajador de laboratorio

Trabaja con animales

Antecedentes de vacunación:

Antigripal Fechas: / / / /

Viajes y otras exposiciones riesgo:

▪ ¿Ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? SI-NO

Dónde?.....

Desde / / Hasta / / (País y ciudad).....

Viajó en: avión/ Barco / Omnibus

Fecha de ingreso al país: / / Compañía:

▪ ¿Ha viajado o residido en una zona dentro del país (distinto del domicilio) en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? SI-NO

¿Dónde?..... Desde / / Hasta / / (Domicilio)

▪ ¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por 2019-nCoV dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? SI-NO

Nombre del centro: Ciudad:

Fecha: / /

▪ ¿Estuvo en contacto con animales dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

Cerdos/ Aves/ Camélidos/ Mercado de animales vivos

Otros (especificar):

▪ ¿Tuvo contacto cercano con personas con infección respiratoria aguda dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas? SI-NO

En entorno asistencial / En entorno familiar / En entorno laboral

▪ ¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas? SI-NO

Apellido y nombre del caso: DNI:

País y área en la que tuvo la exposición:

DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO ESTUVO EN CONTACTO ESTRECHO DURANTE EL PERÍODO SINTOMÁTICO

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	TELÉFONO	DOMICILIO	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIPO

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:

Aspirado/ Hisopado / Espudo Lavado broncoalveolar

Otra (especificar):

Fecha de toma de muestra: / / Fecha de derivación al LNR: / /

Tildar pruebas solicitadas:

- IFI
- COVID-19

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
MAIL: vigilanciaepidemiologia@lapampa.gob.ar
TEL/FAX: 02954-418870
CEL: 02954-15604986