Ministerio de Salud
Argentina

CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS (2019-nCoV)
FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

DEFINICIONES DE CASO

Sospechoso:

1. Pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) (fiebre, tos y requerimiento de internación) sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica, y
- **a.** que tenga un historial de viaje o que haya estado en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei, China, u otra zona con circulación viral activa de 2019-nCoV[*], en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas, ó
- **b.** que sea un trabajador de la salud en un entorno que haya asistido casos sospechosos, probables o confirmados.

2. Un paciente con enfermedad respiratoria aguda con cualquier nivel de gravedad que dentro de los 14 días previos al inicio de la enfermedad tuvo:
- **a.** contacto físico cercano con un caso probable o confirmado de infección por 2019-nCoV, ó
- **b.** exposición en un centro de salud que ha asistido casos confirmados por 2019-nCoV ó
- **c.** Visitado o trabajado en un mercado de animales vivos en cualquier ciudad de China, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas
- **d.** que tenga un historial de viaje o residencia en la ciudad de Wuhan provincia de Hubei, China, una zona con circulación viral activa de 2019-nCoV[*], en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas.

**Las zonas que se consideran con circulación viral activa se actualizarán según información oficial de la Organización Mundial de la Salud. Al 28-01-2020 se considera circulación sostenida únicamente la ciudad Wuhan*

Probable: Caso sospechoso en el que se haya descartado Influenza por PCR2 y que presente una prueba positiva para pancoronavirus y negativa para los coronavirus MERS-CoV, 229E, OC43, HKU1 y NL63.

Confirmado: Todo caso probable que presenta una secuencia genómica homóloga al 2019-nCoV.

Los casos deberán notificarse de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0)[1]
Solo se procesarán muestras de casos que cumplan con la definición de caso sospechoso.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador .....

Localidad ..... Provincia ..... Fecha de notificación ..... / ..... /.....

Datos del médico .....

Tel. celular ..... Correo electrónico .....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de documento .....

Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento ..... Localidad .....

Calle ..... Nº ..... Piso ..... Depto. ..... Cód. Postal .....

Teléfono ..... Fecha de nacimiento ..... / ..... /..... Edad ..... Sexo .....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ..... / ..... /..... Semana epidemiológica de 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 ☐

1. Si tiene dudas sobre el procedimiento para la notifcación puede consutlar en:
https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia o por correo electrónico a notifica@msal.gov.ar

Ministerio de Salud
Argentina

CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS (2019-nCoV)
FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fiebre (≥38ºC)		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 ..... / ..... / .....

Resultado: En curso ☐ Terminado ☐

Antiviral: fecha de inicio ..... / ..... / .....

Resultado: En curso ☐ Terminado ☐

Estado al momento del reporte:

Recuperado ☐ No recuperado ☐ Fallecido ☐ Fecha: ..... / ..... / .....

Diagnóstico:

Sme 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?

NO ☐ SI ☐ ¿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?

NO ☐ SI ☐ ¿Dónde?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....
(Domicilio)

Ministerio de Salud
Argentina

CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS (2019-nCoV)
FICHA DE NOTIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

▪ ¿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?

NO ☐ SI ☐ 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[2] con personas con infección respiratoria aguda dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO ☐ SI ☐ En entorno asistencial ☐ En entorno familiar ☐ En entorno laboral ☐

Otros *(especificar)*: .....

▪ ¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO ☐ SI ☐ Apellido y nombre del caso: ..... DNI o DE: .....

País y área en la que tuvo la exposición: .....

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:

Aspirado ☐ Hisopado ☐ Esputo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Otra (especificar): .....

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

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
COMENTARIOS:					

Datos del personal que notifica:

Nombre y Apellido: .....

Firma y sello: .....

2. Se define contacto estrecho como:
▪ Toda personas y personal de salud que haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso probable ó confirmado mientras el caso presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas.
▪ Cualquier persona que haya permanecido a una distancia < 2 metros, (ej. convivientes, visitas) con un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas.
▪ Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.