



## 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 ..... N° ..... 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

### 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 <input type="checkbox"/>	No Presenta <input type="checkbox"/>
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

### Diagnóstico:

Sme gripal  Bronquitis  Neumonía  Otros (especificar): .....

### Estado al momento del reporte:

Recupe  No recuperado   
Fallecido  Fecha: ..... / ..... / .....

## 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)

¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por COVID-19 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<sup>2</sup> 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  Espudo  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

### 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.