



DEFINICIÓN DE CASO

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>

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

Nacionalidad DNI N° PASAPORTE N°

País de residencia

Provincia Departamento Localidad

Dirección..... 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 / / Ambulatorio Internado

Establecimiento de 1ª consulta

SIGNOS Y SÍNTOMAS

<input type="checkbox"/>	Anosmia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Evidencia clínica y radiológica de neumonía	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	Neumonía grave (requiere internación)
<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	Disgeusia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Fiebre mayor a 38°	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Odinofagia
<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Disnea/Taquipnea (FR > 25)	<input type="checkbox"/>	Fiebre menor o igual a 38°	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Rechazo del alimento
<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Sin Fiebre	<input type="checkbox"/>	Malestar general	<input type="checkbox"/>	Tiraje
<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vómitos

Observaciones:..... Solicitado por protocolo de viaje

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta No Presenta

<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión congénita o adquirida	<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores
<input type="checkbox"/>	Bajo Peso al nacer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Obesidad
<input type="checkbox"/>	Bronquiolitis previa	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/>	Ex fumador	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncológica	<input type="checkbox"/>	Fumador	<input type="checkbox"/>	N.A.C. previa	<input type="checkbox"/>	Prematuridad
<input type="checkbox"/>	Diálisis aguda	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Puerperio
<input type="checkbox"/>	Diálisis crónica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tuberculosis

Observaciones:.....

Diagnóstico:

Sme gripal Bronquitis Neumonía

Otros:

.....

Tratamientos:

	Fecha inicio	Fecha finalización
Lopinavir / Ritonavir jarabe		
Hidroxicloroquina 200mg		
Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg		
Otros		



EVOLUCIÓN

Establecimiento de internación:

Internado por criterio clínico: SI NO Fecha: / /

Ingresado a sala de SI NO Fecha: / /

cuidados intensivos: Alta Fallecido Fecha: / /

Requerimiento de ARM: SI NO Fecha: / /

Buena evolución:

En aislamiento en centros no hospitalarios

En aislamiento hospitalario

En aislamiento domiciliario

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones:

Trabajador de la salud -
Profesional con función asistencial

Trabajador de la salud -
Técnico / auxiliar con función asistencial

Trabajador de la salud -
con función administrativa

Antecedentes de vacunación Antigripal: SI NO Fecha: / /

Viajes y otras exposiciones riesgo:

1. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 FUERA DEL PAIS en los últimos 14 días? SI NO

2. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 DENTRO DEL PAIS en los últimos 14 días? SI NO

3. ¿Mantuvo CONTACTO ESTRECHO con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

Apellido y nombre del caso: DNI o ID SNVS:

4. ¿Recibió atención en algún centro de salud que atiende casos de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

5. ¿Es trabajador de salud y pudo haberse contagiado de otro trabajador de salud infectado? SI NO

6. ¿Es trabajador de salud y desconoce el nexo epidemiológico? SI NO

7. ¿Asistió como personal de salud a casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI NO

8. ¿Posible transmisión comunitaria? SI NO

9. ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI NO

Hospital/Clinica asistencial

Institución penitenciaria

Residencia para personas mayores

Intitución de Salud Mental

Otros

Nombre y dirección de la institución:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado Hisopado Esputo Lavado broncoalveolar Otra:

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

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

PERSONAS CON LA QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE LA ENFERMEDAD

Apellido y Nombre	DNI	Teléfono	Domicilio	Fecha último contacto	Tipo de contacto

Observaciones:

Datos del personal que notifica: Nombre y Apellido:

Firma y sello: