



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 indígena SI NO
Etnia:
Lugar de residencia: Provincia Departamento:
Localidad: Calle / Manzana:
N°/Casa: Piso: Depto: Cód. Postal: Barrio/Villa/Asentamiento:
Teléfono: Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1° 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

EN CASO DE DX. SME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO

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

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

Otros:

Tratamientos	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Lopinavir/Ritonavir jarabe		
Hidroxiclороquina 200mg		
Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg		
Plasma de convaleciente		
Asistencia respiratoria mecánica		
Otros		



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 en centros 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:

Antecedentes de vacunación Antigripal: SI NO Fecha: / /

Antecedentes Epidemiológicos de posible exposición:

- 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:
- 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:
- Caso sintomático parte de un conglomerado de casos con casos confirmados por laboratorio. SI NO
- Caso sintomático que pudo haber adquirido la infección en un centro asistencial. SI NO
Nombre del centro asistencial:
- Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en ocasión de atender pacientes con COVID-19. SI NO
- Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en contacto con otro personal de salud. SI NO
- Viajó a zona de riesgo para COVID 19 fuera del país. SI NO
Fecha: / / Lugar:
- Viajó a zona de riesgo para COVID 19 dentro del país. SI NO
Fecha: / / Lugar:
- Posible transmisión comunitaria (no es posible establecer contacto de riesgo identificable). SI NO
- 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