

*Constatada: verificada por carnet; Referida: Dato obtenido de historia clínica o del paciente, y no verificada por carnet; Sin dato: ninguna de las anteriores.

Antecedente lactancia en paciente < 6 m: Materna exclusiva Materna + artificial desde nacimiento

3.3. ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS PREVIO A LA TOMA DE MUESTRA (Deberá tomarse la muestra previo al inicio de tratamiento)

Antivirales SI NO NS/NC Fecha de Inicio / / Duración (días)
Antibióticos SI NO NS/NC Fecha de Inicio / / Duración (días)

3.4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones:

Trabajador de atención de la salud Trabajador de salud
Personal de fuerzas de seguridad Personal de servicio penitenciario Trabaja con animal

• ¿Tuvo contacto cercano 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):

Viajes

¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días?

NO SI ¿Dónde?..... Desde / / Hasta (fecha de ingreso al país). /
(País y ciudad)

¿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 estrecho con casos probables o confirmados de COVID- 19 dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO SI Apellido y nombre del caso: DNI o ID SNVS

▪ ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI NO

Hospital/Clínica asistencial Institución penitenciaria Residencia para personas mayores
Institución de Salud Mental Escuela Otros:

Nombre y dirección de la Institución:

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

4.1. FECHA DE INTERÉS

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 Fecha/...../.....

a) SIGNOS Y SÍNTOMAS

Signos y síntomas	Si	No	Sin dato	Signos y síntomas	Si	No	Sin dato
Fiebre (≥38°C)				Diarrea			
Tos				Artralgias / artritis			
Dolor torácico				Rechazo del alimento			
Mialgias				Tiraje			
Odinofagia				Insuficiencia respiratoria			
Dolor abdominal				Taquipnea			
Vómitos				Convulsiones			
Irritabilidad				Inyección conjuntival			
Confusión				Anosmia de reciente aparición			
Cefalea				Disgeusia de reciente aparición			

b) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN (al menos uno obligatorio)

Saturación ambiental: % Radiografía de Tórax: Normal Patológica No realizada

c) DIAGNÓSTICO AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN (al menos uno obligatorio)

Diagnóstico	Si	No	Sin dato	Diagnóstico	Si	No	Sin dato
Faringitis				Neumonía aguda de la comunidad			
Bronquiolitis				Bronquitis			
Laringitis				Neumonía atípica			
IRAG*				Laringotraqueobronquitis			
IRAG inusitada				Otras, especificar:			
Shock séptico							

*El diagnóstico de IRAG se refiere a pacientes con criterio de internación exclusivamente clínico

2) DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO

a) **Fecha de toma de muestra** / / Establecimiento de toma de muestra:.....

b) **Tipo de muestra tomada** Hisopado nasofaríngeo Aspirado nasofaríngeo Hisopado combinado
 Espudo Aspirado traqueal Lavado bronquioalveolar Líquido de derrame pleural
 Parénquima pulmonar Otra (especificar)

c) **Fecha de recepción en laboratorio de diagnóstico** : __/__/__

d) Resultados:

Determinación	Técnica			Resultado		
	PCR	LAMP	T. Ag.	Positivo	Negativo	
SARS CoV-2						
Influenza A		IF				Subtipo
Influenza B		IF				Linaje
VSR		IF				
Adenovirus		IF				
Parainfluenza		IF				
Metapneumovirus		Elisa	Otra			

Otros virus respiratorios:

Resultados bacteriológicos:

e) Tratamiento durante la internación

Antimicrobianos	Uso	Fecha de Inicio	Duración (días)
Oseltamivir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Antibióticos (especificar)		__/__/__	
Otros (especificar)		__/__/__	

3) EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

6.1 Complicaciones durante la internación

Respiratorias

Insuficiencia respiratoria

Empiema

Absceso pulmonar

Neumonía nosocomial

Generales

Sepsis

Shock

CID

Otras (Especificar)

Insuficiencia renal

Infección nosocomial

ARM (____ días)

6.2 Condiciones al egreso

Vivo Curado Mejorado Con secuela Derivado Fecha de egreso
Fallecido Fecha de Defunción

PERSONAS CON LAS 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: