



Modalidad de notificación: nominal semanal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0 por los componentes clínico, epidemiológico y laboratorio.

Fecha de notificación: / /

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Caso Confirmado: Toda persona que haya **usado cigarrillo electrónico** en los 90 días previos a la aparición de síntomas; **Y** - Que presente **infiltrados pulmonares**, como opacidades en la radiografía de tórax u opacidades en vidrio esmerilados en la TAC de tórax; **Y; Ausencia de infección pulmonar** en la evaluación inicial, incluyendo todos los criterios mínimos que se describen a continuación: Resultado negativo para virus respiratorios; todos los estudios clínicamente indicados para descartar infección son negativos (ej: antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae* o *Legionella*, cultivo de esputo, cultivo del lavado broncoalveolar, cultivos de sangre, búsqueda de infecciones oportunistas asociadas con HIV o inmunocomprometidos); **Y** - Ausencia de **evidencia en la historia clínica de un diagnóstico alternativo plausible** (ej: enfermedad cardíaca, reumática o neoplásica).

Caso probable: Toda persona que haya **usado cigarrillo electrónico** en los 90 días previos a la aparición de síntomas; **Y**; Que presente infiltrados pulmonares, como opacidades en la radiografía normal de tórax u opacidades en vidrio esmerilados en la TAC de tórax; **Y**; Que en presencia **O NO** de una infección pulmonar confirmada mediante los criterios mínimos antes mencionados, el equipo médico que trata al paciente considera que la infección no es la única causa de la injuria pulmonar subyacente.

DATOS IDENTIFICACIÓN

Apellido y Nombre:

Tipo de documento: DNI - DE (extrajero) - IND (indocumentado) N°:

Fecha de nacimiento: / / si se desconoce, colocar Edad (en años):

Dirección (calle y n°) : Localidad:

Departamento: Provincia: Teléfono:

Género: Mujer CIS Mujer Trans. Varon CIS Varón Trans. Otro

CLÍNICA

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

Profesional:

Fecha de primera consulta: / /

Sintomático: Sí No Fecha de inicio de síntomas (FIS): / /

Embarazada: Sí No (Si está embarazada, completar la FPP en la sección Embarazo)

Internado: Sí No

Fecha de internación / /

SIGNO / SÍNTOMA

Tos		Dolor de pecho	
Disnea		Bradipnea (<60 pulsaciones por minuto)	
Vómitos		Normocardia (60 a 100 pulsaciones por minuto)	
Nauseas		Taquicardia (>100 pulsaciones por minuto)	
Diarrea		Taquipnea (FR >25)	
Dolor abdominal		Bradipnea (FR <15)	
Fiebre (mayor o igual a 38°)		Eupnea (FR entre 15 y 25)	
Escalofríos		Saturación de oxígeno <90	
Pérdida de peso		Saturación de oxígeno >95%	
Fatiga		Saturación de oxígeno entre 95% y 90%	
Mialgias			



COMORBILIDAD (Marque con una X lo que corresponda)

Enfermedad cardíaca		Inmunodeficiencia	
Enfermedad neurológica crónica		Síndrome de Down	
Asma		Obesidad (IMC 30-39,9)	
Enfermedad pulmonar crónica		Obesidad mórbida (IMC>39,9)	
Hepatitis crónica		Uso habitual de broncodilatadores	
Insuficiencia renal crónica		Historia de enfermedad respiratoria de la infancia	

TRATAMIENTO

FECHA INICIO

FECHA FINALIZACIÓN

RESULTADO*

Corticoesteroides			Terminado/En curso/interrumpido
Antibiótico			Terminado/En curso/interrumpido
Antiviral			Terminado/En curso/interrumpido

* marcar con un círculo el que corresponda

RESULTADO ESTUDIO COMPLEMENTARIO (Imágenes)

Ausencia de compromiso subpleural en TAC		Infiltrado pulmonar	
Compromiso bilateral		Opacidad alveolar	
Imagen de vidrio esmerilado en TAC		Patrón intersticial	

¿Se adjunta informe? Si No

Datos de internación:

Establecimiento Profesional

Internado: Si No Ingreso internación / / Egreso internación / /

Cuidados intensivos: Fecha Ingreso / / Fecha Egreso / /

ARM: Si No Fecha de inicio de ARM: / /

Condiciones al alta o egreso:

Establecimiento Profesional

Curado: Si No Mejorado: Si No Fecha alta médica: / /

Fallecido: Si No Fecha de defunción: / /

Causa de la muerte asociada al evento: Si No Observaciones:

EPIDEMIOLOGÍA

USO CIGARRILLO ELECTRÓNICO EN LOS ÚLTIMOS 90 DÍAS	USO DE ADITIVOS EN EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO	CONSUME TABACO ACTUALMENTE	ANTECEDENTE
Menos de 5 días	Nicotina	No	Consumo de tabaco por menos de 5 años
Entre 6 y 19 días	Saborizantes / Aromatizantes	Menos de 10 cigarrillos diarios	Consumo de tabaco entre 5 y 20 años
Entre 20 y 29 días	Cannabinoil (cbd)	Entre 10 y 20 cigarrillos diarios	Consumo de tabaco por más de 20 años
Todos los días	Cannabinoide sintético	Más de 20 cigarrillos diarios	Consumo excesivo de alcohol
	Otros	Especificar	

* Consumo excesivo del alcohol: Mujer > 1 unidades diarias / Varón > 2 unidades diarias

Vacunación antigripal: Si No Fecha: / /



LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	FECHA EMISIÓN DEL RESULTADO
Sangre Aspirado traqueal Líquido de lavado broncoalveolar (BAL) Espujo			Cultivo	Positivo: germen	
Orina		Antígeno urinario neumococo	Antígeno urinario	Positivo Negativo	
Aspirado nasofaríngeo Aspirado traqueal		Virus respiratorios	Inmunofluorescencia para 7 virus PCR Influenza PCR Influenza A PCR Influenza B	Negativo Influenza A Influenza B VRS Adenovirus Parainfluenza Parainfluenza II Parainfluenza III Metapneumovirus	

ANATOMÍA PATOLÓGICA

MUESTRA	FECHA TOMA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	VALOR	FECHA EMISIÓN DEL RESULTADO
Líquido de lavado broncoalveolar (BAL)		Tinción Tinción lípidos	H/E Sudan			
Biopsia Transbronquial		Tinción	H/E			
Biopsia pulmonar		Tinción	H/E			

DATOS NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Ciudad/Provincia:

Nombre y Apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: