



DEFINICIÓN DE CASO ¹
Toda persona que presente fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ + Tos + Inicio del cuadro en los 10 días precedentes + requerimiento de hospitalización. ²
IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CENTINELA/ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR
Establecimiento notificador: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ Fecha de notificación: _____
Datos del médico/a: _____
Tel. celular: _____ Correo electrónico: _____
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS
Apellido y nombre: _____
Tipo / N° documento: _____ Nacionalidad: _____
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): _____
Fecha de 1ª consulta: _____ Establecimiento de 1ª consulta: _____
Fecha de Internación: _____ Establecimiento internación: _____
Terapia Intensiva: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha internación UTI: _____
Requerimiento de ARM: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha: _____

¹ Los casos que constituyen eventos respiratorios inusuales deben notificarse al Evento "Sospecha de virus emergente" y notificarse al Centro Nacional de Influenza. Definición disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-vigilancia-ira-2023>

² Criterio de exclusión: Infección respiratoria de posible origen nosocomial con fecha de inicio de síntomas 48hs posterior al ingreso. O Antecedente de hospitalización por todas las causas dentro de los 14 días previos al nuevo ingreso por IRAG.



SIGNOS Y SÍNTOMAS							
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	<input type="checkbox"/>	Rinitis – Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	Astenia	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	Artralgias / Artritis	<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Rechazo del alimento	<input type="checkbox"/>	Disgeusia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Anosmia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Otros _____					
ENFERMEDADES PREVENTIVAS / COMORBILIDADES							
Asma	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Exfumador	<input type="checkbox"/>	Obesidad (IMC 30-39.9)	<input type="checkbox"/>
Asplenia funcional o anatómica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	Fumador	<input type="checkbox"/>	Obesidad (IMC > 39.9)	<input type="checkbox"/>
Bajo peso al nacer	<input type="checkbox"/>	Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/>	Prematuridad	<input type="checkbox"/>
Bronquiolitis previa	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Trasplantado	<input type="checkbox"/>
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neuromuscular	<input type="checkbox"/>	Infección por VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncológica	<input type="checkbox"/>	N.A.C. previa	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Diálisis aguda	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión por medicamento	<input type="checkbox"/>	Valvulopatía o reemplazo valvular	<input type="checkbox"/>
Diálisis crónica	<input type="checkbox"/>	Enfermedad respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión congénita o adquirida	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Sin comorbilidades	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>		
Embarazo y/o puerperio	<input type="checkbox"/>	Semana embarazo*: _____					
*Este dato se ingresará en el campo observaciones de la solapa Evento con el siguiente formato SE XX							



DIAGNOSTICO AL MOMENTO DE LA INTERNACION / ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS / TRATAMIENTO

Caso de (consignar en la sección Diagnóstico referido/constatado). Seleccionar al menos un ítem (obligatorio)

Diagnóstico	Si	No	Sin dato	Diagnóstico	Si	No	Sin dato
Bronquiolitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía aguda de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO - IRAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros: _____

Estudios complementarios al momento de la internación (al menos uno obligatorio)

Saturación ambiental: _____%

Radiografía de Tórax: Normal Patológica No realizada

Tratamiento durante la internación

Tratamiento recibido	Si	No	Fecha de inicio	Duración (días)
Oseltamivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Glucocorticoides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Condiciones de egreso	No declarado	Si	No	Observaciones
Curado/Mejorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha egreso: _____
Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha fallecimiento: _____ Causa de fallecimiento vinculada al evento: _____
Crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secuelas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones

Trabajador/a de la salud – Profesional con función asistencial	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a de la salud –con función administrativa	<input type="checkbox"/>	Personal de servicio penitenciario	<input type="checkbox"/>
Trabajador/a de la salud – Técnico/a / auxiliar con función asistencial	<input type="checkbox"/>	Personal de fuerzas de seguridad	<input type="checkbox"/>	Trabaja con animales	<input type="checkbox"/>
Otros: _____					

Viajes y otras exposiciones de riesgo

- ¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días? Si No
¿Dónde? _____ (País y Ciudad) Fecha de regreso: _____
- ¿Estuvo en contacto con animales* dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? Si No
Cerdos Aves Camélidos Mercado de animales vivos *enfermos o muertos
Otros (especificar) _____
- ¿Tuvo contacto cercano con personas con infección respiratoria aguda dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?
En entorno asistencial En entorno familiar En entorno laboral
Otros (especificar) _____
- ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos de IRAs? Si No
Hospital / Clínica asistencial Institución penitenciaria Residencia para personas mayores
Institución de Salud Mental Escuela Otros (especificar) _____
Nombre y dirección de la institución: _____

Antecedentes de vacunación

Vacunación al día según esquema nacional				Fechas de vacunación <i>(si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)</i>		
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo
Antineumocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Con componente Hib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Con componente B. pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Antigripal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Anti SARS CoV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____		
Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses				Fechas de vacunación <i>(si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)</i>		
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo
Con componente B. pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Antigripal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

*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 < 6m: Materna exclusiva Materna + artificial desde nacimiento



LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Aspirado nasofaríngeo Aspirado traqueal Espujo Hisopado nasal
Hisopado nasofaríngeo Lavada bronquioalveolar Líquido de derrame pleural Parénquima pulmonar
Saliva Otra (especificar) _____

Establecimiento de toma de muestra: _____ Fecha de toma de muestra _____

Derivado para influenza y OVR: Si No Establecimiento al que se deriva la muestra: _____

Fecha de derivación _____ Fecha de recepción _____

** Siempre que sea posible la muestra deberá ser tomada previa a la administración del tratamiento. Si el paciente recibió tratamiento previo a la internación deberá dicha información consignarse en comentarios.*

Resultados

Determinación	Técnica					Resultado		
	PCR Convencional	PCR RT	IF	Test Rápido	Otra	Positivo-Detectable	Negativo-No detectable	Otras determinaciones
SARS CoV-2								
Influenza A								Influenza A(H1N1) pdm09 <input type="checkbox"/> Influenza A(H3N2) <input type="checkbox"/> Influenza A no subtipificable <input type="checkbox"/>
Influenza B								
VSR								A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
Adenovirus								
Parainfluenza								PIV1 <input type="checkbox"/> PIV3 <input type="checkbox"/> PIV2 <input type="checkbox"/> PIV4 <input type="checkbox"/>
Metapneumovirus								
Rhinovirus								
Bocavirus								
Enterovirus								
Otros Coronavirus Humanos								229E <input type="checkbox"/> OC43 <input type="checkbox"/> NL63 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>

Observaciones _____

Resultados bacteriológicos _____

