

DEFINICIÓN DE CASO

Consultar en Manual de Normas y procedimientos de vigilancia

Link: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador:..... Provincia:..... Departamento:.....

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador/a:.....

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Nombre y Apellido: Tipo de documento N°

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Manzana: N° Piso: Depto.: Cód. Postal:.....

Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad:

Sexo legal: Femenino Masculino No Binario Género: Mujer CIS / Varón CIS / Mujer Trans / Varón Trans / Desconocido / Otro

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de síntomas:/...../.....

Fecha de consulta: / / Establecimiento de 1ª consulta:

Fecha de Internación:..... / / Establecimiento internación:

Terapia Intensiva: SI NO Fecha internación UTI / /

Requerimiento de ARM: SI NO Fecha:/...../.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS Y OTROS ANTECEDENTES

Celulitis	Síndrome de shock tóxico estreptocócico	Artritis Séptica	Antecedente de traumatismo
Abscesos	Fascitis necrotizante	Antecedente de cirugía	Antecedente de eccema
Sepsis	Miositis	Antecedente de impétigo	Antecedentes de otras lesiones en piel
Fiebre (> ó igual a 38°) sin foco	Endocarditis	Antecedente de quemadura	Antecedente de varicela

DIAGNÓSTICO REFERIDO

Diagnóstico (Al menos uno obligatorio)

Neumonía	Shock Séptico	Sepsis
Fascitis necrotizante	Bacteriemia oculta	Osteomielitis
Artritis séptica	Celulitis	Impétigo
Absceso	Otro.....	

LABORATORIO

Establecimiento de toma de muestra:

Fecha de toma de muestra:/...../.....

Muestra: Sangre Punción de partes blandas Absceso Aislamiento Otra.....

EPIDEMIOLOGÍA

Factores de riesgo/ Vías más probables de transmisión:

Usuario de drogas intravenosas Lugar de contacto:

Contacto con un caso confirmado Lugar de contacto:

Antecedentes de IRA reciente: SI ¿Cuál? Infección por COVID-19 Enfermedad tipo influenza Otra

NO

Antecedente de vacunación

Vacunación al día según esquema nacional				Fechas de vacunación (si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)
Vacuna	Constatada	Referida	Sin dato	Dosis recibidas/Fecha de última dosis
Antimeningocócica				
Grupo B				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Conjugada (ACWY)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Antineumocócica				
VPN 23				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
VCN 13				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Otras vacunas				
Cuádruple Bacteriana (DPT - Hib)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Pentavalente (DPT-HB -Hib)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Séxtuple (DPT-HB -Hib-IPV)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Vacuna triple viral (Sarampión rubéola y paperas)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____

CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso de <i>Haemophilus influenzae</i>	Caso probable de <i>Haemophilus influenzae</i>	Caso confirmado de <i>Haemophilus influenzae</i>
Caso sospechoso de <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Caso probable de <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Caso confirmado de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Caso sospechoso de <i>Neisseria meningitidis</i>	Caso probable de <i>Neisseria meningitidis</i>	Caso confirmado de <i>Neisseria meningitidis</i>
Caso sospechoso de otro agente invasivo	Caso probable de otro agente invasivo	Caso confirmado de otro agente invasivo
Caso confirmado de <i>Streptococcus pyogenes</i>		

Fecha y aclaración notificador/a