

**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
<b>Antimeningocócica</b>				
Grupo B				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
Conjugada (ACWY)				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
<b>Antineumocócica</b>				
VPN 23				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
VCN 13				Número total de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____
<b>Otras vacunas</b>				
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 <b>sospechoso</b> de <i>Haemophilus influenzae</i>		Caso <b>probable</b> de <i>Haemophilus influenzae</i>		Caso <b>confirmado</b> de <i>Haemophilus influenzae</i>	
Caso <b>sospechoso</b> de <i>Streptococcus pneumoniae</i>		Caso <b>probable</b> de <i>Streptococcus pneumoniae</i>		Caso <b>confirmado</b> de <i>Streptococcus pneumoniae</i>	
Caso <b>sospechoso</b> de <i>Neisseria meningitidis</i>		Caso <b>probable</b> de <i>Neisseria meningitidis</i>		Caso <b>confirmado</b> de <i>Neisseria meningitidis</i>	
Caso <b>sospechoso</b> de otro agente invasivo		Caso <b>probable</b> de otro agente invasivo		Caso <b>confirmado</b> de otro agente invasivo	
Caso <b>confirmado</b> de <i>Streptococcus pyogenes</i>					

Fecha y aclaración notificador/a .....