

DEFINICIÓN DE CASO (Actualizado al 11-03-2020)

La definición de caso es dinámica y puede variar según situación epidemiológica

Caso sospechoso

Toda persona que presente fiebre y uno o más síntomas respiratorios (tos, dificultad respiratoria, odinofagia) sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica, **Y que en los últimos 14 días:**

- Haya estado en contacto con caso confirmado o probable de COVID-19
- Ó
- Tenga un historial de viaje o haya estado en zonas con transmisión local de SARS CoV-2*

*Las zonas que se consideran con transmisión local al día 11/03/2020 son:

- China, Corea del Sur, Japón, Irán, Europa, Estados Unidos.

También debe considerarse caso sospechoso de COVID-19

Todo paciente con enfermedad respiratoria aguda grave que requiera asistencia respiratoria mecánica debido a su cuadro respiratorio y sin otra etiología que explique el cuadro clínico.

Caso Probable

Caso sospechoso en el que se haya descartado Influenza A y B por PCR y que presente una prueba positiva para pancoronavirus y negativa para los coronavirus MERS-CoV, 229E, OC43, HKU1 y NL63.

Caso confirmado COVID-19

Todo caso probable que presenta rtPCR para SARS CoV-2.

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador

Localidad Provincia Fecha de notificación / /

Datos del médico

Tel. celular Correo electrónico

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre Tipo y N° de documento

Lugar de residencia: Provincia Departamento Localidad

Calle N° Piso Depto. Cód. Postal

Teléfono Fecha de nacimiento / / Edad Sexo

INFORMACIÓN CLÍNICA

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	Tos	Dolor de garganta	Odinofagia
Taquipnea/Disnea	Tiraje	Insuficiencia respiratoria	Dolor torácico
Diarrea	Vómitos	Dolor abdominal	Rechazo del alimento
Artralgias	Mialgias	Cefalea	Irritabilidad/confusión
Malestar general	Evidencia radiológica de neumonía	Inyección conjuntival	Convulsiones
Coma	Otros (especificar):		

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta No Presenta

Inmunosupresión congénita o adquirida	Enfermedad neurológica	Bronquiolitis previa
Diabetes	Enfermedad hepática	N.A.C. previa
Obesidad	Enfermedad Renal Crónica	EPOC
Embarazo	Hipertensión arterial	Asma
Puerperio	Insuficiencia cardíaca	Tuberculosis
Prematuridad (..... semanas)	Enfermedad oncológica	Ninguna de las anteriores
Bajo Peso al nacer (..... gr)	Otros (especificar):	

Tratamientos:

Antibiótico: fecha de inicio / /

Antiviral: fecha de inicio / /

Resultado: En curso Terminado

Resultado: En curso Terminado

Estado al momento del reporte:

Recuperado No recuperado Fallecido Fecha: / /

Diagnóstico:

Sme gripal Bronquitis Neumonía Otros (especificar):
.....

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

▪ ¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por COVID-19 dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

NO SI Nombre del centro: Ciudad:
Fecha: / /

▪ ¿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 cercano² 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):

▪ ¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO SI Apellido y nombre del caso: DNI o DE:

País y área en la que tuvo la exposición:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:

Aspirado Hisopado Espudo Lavado broncoalveolar Otra (especificar):

Fecha de toma de muestra: / / Fecha de derivación al LNR: / /

DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO ESTUVO EN CONTACTO ESTRECHO DURANTE EL PERÍODO SINTOMÁTICO

APELLIDO Y NOMBRE	DNI	TELÉFONO	DOMICILIO	FECHA ÚLTIMO CONTACTO	TIP O

COMENTARIOS:

Datos del personal que notifica:

Nombre y Apellido:

Firma y sello:

2. Se define contacto estrecho como:

- Toda personas y personal de salud que haya proporcionado cuidados a un caso sospechoso probable ó confirmado mientras el caso presentaba síntomas y que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas.
- Cualquier persona que haya permanecido a una distancia < 2 metros, (ej. convivientes, visitas) con un caso probable o confirmado mientras el caso presentaba síntomas.
- Se considera contacto estrecho en un avión a los pasajeros situados en un radio de dos asientos alrededor de casos sintomáticos durante el vuelo y a la tripulación que haya tenido contacto con dichos casos.