

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL - DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19

Toda persona que presente **Tos** acompañado de uno o más de los siguientes:

- Fiebre (medida $\geq 37,5^\circ$ o referida) o,
- Dolor de garganta o,
- Dificultad respiratoria

Versión: 29-marzo-2020

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la Notificación: _____

Establecimiento: _____ Región Sanitaria: _____

Fecha de Notificación (días/mes/año): ____/____/____

2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad N°: _____ Cédula Identidad Pasaporte (Acepta solo documentos oficiales)

Edad: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento (días/mes/año): ____/____/____

Departamento: _____ Distrito: _____ Barrio: _____

Dirección actual: _____ Teléfono: _____

3.- DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año): ____/____/____ Fecha de primera consulta (día/mes/año): ____/____/____

Ambulatorio: Internado: Fecha de Internación / / Establecimiento internación

Terapia Intensiva: SI NO Fecha internación UTI / / Requerimiento de ARM: SI NO

<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Fiebre referida			Dolor de oído			Dolor de cabeza		
Temperatura $>37,5^\circ$ C (Temp. Axilar)			Dolor de garganta			Inyección Conjuntival		
Coriza o rinorrea			Mialgias			Disnea/Taquipnea		
Congestión nasal			Artralgias			Dolor abdominal		
Tos			Postración			Convulsiones		
Dificultad para respirar			Diarrea			Auscultación pulmonar anormal		
Irritabilidad/Confusión			Náuseas o vómitos			Inyección conjuntival		
Anosmia (alteración del sentido del olfato)			Disgeusia (Alteración del sentido del gusto)			Otros (especificar)		

(Marcar con una cruz según corresponda si – no)

Factores de riesgo/Comorbilidades	<i>Si</i>	<i>No</i>	Factores de riesgo/Comorbilidades	<i>Si</i>	<i>No</i>
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento		
Enfermedad pulmonar crónica			Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica		
Asma			Síndrome de Down		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad renal crónica			Enfermedad hepática crónica		
Otros (especificar)			Personal de Salud		

Embarazada: Si No Trimestre de embarazo: ____ Puérpera: Si No Vacunación influenza: Si No Fecha: ____/____/____

4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

¿Ha viajado a una zona de riesgo conocida en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si No

¿Dónde?.....Desde / / Hasta / /

¿Ha estado en contacto con una persona confirmada con COVID-19 en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si No

Nombre del caso confirmado COVID-19:

5.-EXAMENES DE LABORATORIO

Toma de muestra: Si No Fecha de recepción de la muestra: ____/____/____ Fecha de resultado: ____/____/____

Hisopado nasal: Si No Fecha: ____/____/____ Lavado Broncoalveolar : Si No Fecha: ____/____/____

Hisopado faríngeo: Si No Fecha: ____/____/____ Aspirado Traqueal: Si No Fecha: ____/____/____

Aspirado nasofaríngeo: Si No Fecha: ____/____/____ Sangre: Si No Fecha: ____/____/____

Otras muestras: Especificar..... Si No Fecha de toma de muestra ____/____/____

Nombre del Laboratorio: _____ Resultado: SARS CoV-2: POSITIVO NEGATIVO