

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL - DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACION DE VIRUS RESPIRATORIOS

Caso sospechoso: 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.

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre del Notificante: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Institución Notificante: _____
 Fecha de Captación _____ Fecha de Notificación: _____

2.- DATOS DEL PACIENTE

Tipo de documento: ____ Documento país: ____ Nro. Pasaporte/CI: _____ Nombre y Apellido: _____
 Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____
 Residente: Si ____ No ____ Raza: _____ Teléfono: _____ Correo: _____
 Departamento: _____ Distrito: _____ Localidad/Barrio: _____ Zona: Urbana__ Rural__ Periurbana__
 Dirección: _____ Referencia: _____ Casa Nro.: _____

PARA MENORES DE 5 AÑOS COMPLETAR DATOS DE MADRE/PADRE/ENCARGADO

Tipo de Doc. Madre: _____ Doc. País Madre: _____ Nro. Pasaporte/C.I. Madre: _____
 Nombre/s Madre: _____ Apellido/s Madre: _____

3.- DATOS CLINICOS

Fiebre Si ____ No ____ Graduada: _____ Fecha Fiebre/ Síntomas: _____ Primera Consulta: _____
 Hospitalizado: Si ____ No ____ Fecha de Hospitalizado: _____ Lugar: _____ Fecha alta: _____
 UCI: _____ Si ____ No ____ Fecha de Ingreso: _____ Lugar: _____ Fecha Egreso: _____
 Fallecido: Si ____ No ____ Fecha: _____ Diagnóstico de Egreso: _____
 Requerimiento de ARM: Si ____ No ____

(Marcar con una cruz según corresponda si – no)

Signos / Síntomas	Si	No	Signos / Síntomas	Si	No	Signos / Síntomas	Si	No
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		
Chillido de Pecho			Aleteo Nasal			Quejido		
Cianosis			Hipotermia			Tiraje Torácico		
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	Si	No	Factores de riesgo/Comorbilidades	Si	No
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		
Prematurez			Desnutrición		
Hipertensión Arterial			Personal de Salud		
Otros (especificar)					

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

4. – TOMA DE MUESTRA PARA:

SARS CoV-2 INFLUENZA A INFLUENZA B VSR
 Otros:

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: _____