



**CLASIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN**

Caso sospechoso en investigación  Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico  Caso confirmado por Test de antígeno en terreno

**IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

Establecimiento notificador: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... Fecha de notificación: ..... / ..... / .....  
Apellido y nombre del notificador: .....  
Teléfono: ..... Correo electrónico: ..... Rol dentro del sistema: .....

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

ID Evento / Caso SNVS: .....  
Apellido y Nombre: .....  
Tipo/N° documento: ..... Nacionalidad: .....  
Persona Privada de su libertad SI  NO  Vive en residencia de adultos mayores SI  NO  Se declara pueblo indígena SI  NO   
Etnia: .....  
Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento: .....  
Localidad: ..... Calle / Manzana: .....  
N°/Casa: ..... Piso: ..... Depto: ..... Cód. Postal: ..... Barrio/Villa/Asentamiento: .....  
Teléfono: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: ..... Sexo: .....

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): ..... / ..... / ..... Semana epidemiológica de FIS  Ambulatorio  Internado   
Fecha de 1ª consulta ..... / ..... / ..... Establecimiento de 1ª consulta: .....  
Caso fallecido: SI  NO  Fallecimiento en institución hospitalaria  Fallecimiento en domicilio  Otro: .....

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

**EN CASO DE DX. SME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO**

Anosmia de reciente aparición	Odinofagia	Erupción cutánea / conjuntivitis bilateral no purulenta / signos de inflamación mucocutánea (oral, manos o pies)
Disgeusia de reciente aparición	Dificultad respiratoria	Hipotensión / shock
FIEBRE: >38°	Cefalea	Pericarditis / valvulitis / anomalías coronarias
Febre <38°	Mialgia	Coagulopatía (Diarrea, vómitos o dolor abdominal)
Tos	Diarrea/vómitos	Marcadores elevados de inflamación
Otros	Especificar: .....	

**ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES**

Presenta  No Presenta

Asma	Hemodiálisis crónica	Enfermedad renal crónica - No diálisis	Fumador/a	Puerperio
Bajo peso al nacer	Embarazo	Obesidad (IMC igual o mayor a 35)	Cardiopatía	Enfermedad cerebro vascular
Bronquiolitis previa	Enfermedad hepática	Inmunosupresión congénita o adquirida	Hipertensión arterial	Diálisis peritoneal
Diabetes	Enfermedad neurológica	EPOC	N.A.C. previa	Trasplantado renal
Diálisis aguda	Enfermedad oncológica	Ex fumador/a	Prematuridad	Otros

Especificar: .....

Observaciones: .....

**IRA-G** (Infección Respiratoria Aguda Grave) = Fiebre+Tos+Necesidad de internación

**ETI** (Fiebre+tos+ambulatorio)

**Neumonía** con imágenes de tórax sugestivos por COVID-19

**Otras:** .....

Tratamientos	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Lopinavir/Ritonavir jarabe		
Hidroxicloroquina 200mg		
Lopinavir/Ritonavir 200mg/50mg		
Plasma de convaleciente		
Asistencia respiratoria mecánica		
Otros		



**EVOLUCIÓN**

**Establecimiento de internación:** .....

**Internado por criterio clínico:** SI  NO  Fecha: ..... / ..... / .....

**Ingresado a sala de cuidados intensivos:** SI  NO  Fecha: ..... / ..... / .....  
Alta  Fallecido  Fecha: ..... / ..... / .....

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

**Buena evolución:**  
 En aislamiento en centros no hospitalarios  
 En aislamiento hospitalario  
 En aislamiento domiciliario

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Ocupaciones:**  
Trabajador de la salud: Profesional con función asistencial  Técnico/auxiliar con función asistencial  Función administrativa   
Reside o trabaja en una institución semi-cerrada o de estancia prolongada? SI  NO  Cuál: .....

**Antecedentes de vacunación Antigripal:** SI  NO  Fecha: ..... / ..... / .....

**Antecedentes Epidemiológicos de posible exposición:**

- Caso sintomático con antecedente de contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19 conviviente. SI  NO   
Apellido y nombre del caso: ..... DNI o ID SNVS: .....
- Caso sintomático con antecedente de contacto estrecho con caso confirmado de COVID-19 no conviviente. SI  NO   
Apellido y nombre del caso: ..... DNI o ID SNVS: .....
- Caso sintomático parte de un conglomerado de casos con casos confirmados por laboratorio. SI  NO
- Caso sintomático que pudo haber adquirido la infección en un centro asistencial. SI  NO   
Nombre del centro asistencial: .....
- Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en ocasión de atender pacientes con COVID-19. SI  NO
- Es personal de salud y pudo haber adquirido la infección en contacto con otro personal de salud. SI  NO
- Viajó a zona de riesgo para COVID 19 fuera del país. SI  NO   
Fecha: ..... / ..... / ..... Lugar: .....
- Viajó a zona de riesgo para COVID 19 dentro del país. SI  NO   
Fecha: ..... / ..... / ..... Lugar: .....
- Posible transmisión comunitaria (no es posible establecer contacto de riesgo identificable). SI  NO
- Caso confirmado asintomático estudiado en situaciones especiales. SI  NO

**LABORATORIO**

Tipo de muestra tomada: Aspirado  Hisopado  Espudo  Lavado broncoalveolar  Saliva  Otra: .....

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

Establecimiento al que se deriva la muestra: ..... Fecha de derivación ..... / ..... / .....

**LISTADO DE CONTACTOS ESTRECHOS (DESDE 48HS ANTES DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS)**

Apellido y Nombre	DNI	Teléfono	Domicilio	Fecha último contacto	Tipo de contacto (Conviviente/laboral/Otro)

Observaciones: .....

**Datos del personal que notifica**

Nombre y Apellido

Firma y sello