

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

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la Notificación: _____ Región Sanitaria: _____

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

2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad Nº: _____ Cédula Identidad Pasaporte 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.....

Diagnóstico de Ingreso: _____

Terapia Intensiva: SI NO Fecha ingreso a UTI / / Fecha egreso de UTI / /

Requerimiento de ARM: SI NO Fallecido: SI NO Fecha de egreso: / /

Diagnóstico de Egreso: _____

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

(Marcar con una cruz según corresponda si – no)

Factores de riesgo/Comorbilidades	Si	No	Factores de riesgo/Comorbilidades	Si	No	RX de Tórax Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha:
Cardiopatía crónica			Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento			Infiltrado Intersticial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica			Enf. neurológica o neuromuscular crónica			Consolidación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asma			Síndrome de Down			Derrame Pleural	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetes			Obesidad			Broncograma aéreo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica			Enfermedad hepática crónica			Lugar/es de trabajo:	
Otros (especificar)			Personal de Salud				

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

Uso de ATB previo: Si No Especificar: _____ Antiviral: Si No Fecha ____/____/____ Especificar: _____

4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

¿Ha viajado fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si No ¿Dónde?.....Desde / / Hasta / /

¿Ha estado en contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los últimos 14 días? 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