



Definición de Caso INTERNADO Y/O FALLECIDO POR COVID-19 o IRA: Caso sospechoso de COVID-19 con requerimiento clínico de internación y/o fallecido y/o toda persona con una infección respiratoria aguda con requerimiento de internación y/o fallecida

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:.....Provincia:.....Departamento:.....
 Fecha de notificación:/...../..... Apellido y nombre del notificador/a:.....
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I. D.E. IND. N°,..... Apellido y Nombre:.....
 Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Embarazada: SI NO
 Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle / Manzana: N°..... Piso..... Depto.: Cód. Postal:.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ___/___/___ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ___/___/___

Fiebre <38 °C	Dolor garganta	Tos	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Fiebre ≥38 °C	Vómitos	Rinitis/Congestión nasal	Anosmia de reciente aparición	Disgeusia de reciente aparición	Diarrea
Astenia					

Diagnóstico sindrómico:

Bronquiolitis Neumonía IRAG IRAG-I Otro:

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI NO

Asma	Diálisis crónica	Insuficiencia renal crónica	Fumador/a	Tuberculosis
Bajo peso al nacer	Embarazo y/o puerperio	Obesidad (IMC 30-39,9)	Insuficiencia cardíaca	Obesidad mórbida (IMC >39,9)
Bronquiolitis previa	Hepatopatía crónica	Inmunosupresión congénita o adquirida	Hipertensión arterial	Otras:
Diabetes	Enfermedad neurológica crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Neumonía aguda de la comunidad previa	
Diálisis aguda	Enfermedad oncológica	Ex fumador/a	Prematuridad	

Tratamiento de oseltamivir administrado: SI NO

Internado: SI / NO Fecha: ___/___/___ UTI: SI / NO Fecha ___/___/___ ARM: SI / NO
 Fallecido: SI / NO Fecha: ___/___/___

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Antecedente de viaje los últimos 14 días: SI NO Fecha: ___/___/___ Lugar:.....
 Vacunación COVID-19: SI NO Fecha última dosis: ___/___/___
 Vacunación antigripal: SI NO Fecha última dosis: ___/___/___

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:

Hisopado nasofaríngeo para test de Ag Hisopado nasofaríngeo para métodos moleculares Hisopado nasal Saliva

Otros: Fecha de toma de muestra: ___/___/___

No fue posible tomar muestra de laboratorio Por qué?.....
.....(consignar en observaciones)

Derivado para Influenza y OVR: SI NO Fecha de derivación ___/___/___

Establecimiento al que se deriva la muestra:

CLASIFICACIÓN DE CASO

En estudio	Influenza A - Positivo
Virus sincicial respiratorio (VSR) Positivo	Influenza B - Positivo
SARS-COV-2 por test de Ag	SARS-COV-2 positivo por métodos moleculares
OVR (No SARS-COV-2, Influenza ni VSR) Positivo	Co-detección de virus respiratorios
Negativo para SARS COV 2 y OVR	SARS COV 2 negativo por pruebas moleculares

Firma y aclaración notificador/a: