



DEFINICIÓN DE CASO

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador
Localidad Provincia Fecha de notificación / /
Datos del médico
Tel. celular Correo electrónico

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre
Tipo/N° documento Nacionalidad
Persona Privada de su libertad 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 ☐
Fecha de 1ª consulta / / Ambulatorio ☐ Internado ☐
Establecimiento de 1ª consulta

SIGNOS Y SÍNTOMAS

<input type="checkbox"/>	Anosmia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	Evidencia clínica y radiológica de neumonía	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>	Neumonía grave (requiere internación)
<input type="checkbox"/>	Artralgia	<input type="checkbox"/>	Disgeusia de reciente aparición	<input type="checkbox"/>	Fiebre mayor a 38°	<input type="checkbox"/>	Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/>	Odinofagia
<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	Disnea/Taquipnea (FR > 25)	<input type="checkbox"/>	Fiebre menor o igual a 38°	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Rechazo del alimento
<input type="checkbox"/>	Coma	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Sin Fiebre	<input type="checkbox"/>	Malestar general	<input type="checkbox"/>	Tiraje
<input type="checkbox"/>	Confusión mental	<input type="checkbox"/>	Dolor torácico	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Mialgias	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Vómitos

Observaciones:

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta ☐ No Presenta ☐

<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Embarazo	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	Immunosupresión congénita o adquirida	<input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores
<input type="checkbox"/>	Bajo Peso al nacer	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	Obesidad
<input type="checkbox"/>	Bronquiolitis previa	<input type="checkbox"/>	Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/>	Ex fumador	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Enfermedad oncológica	<input type="checkbox"/>	Fumador	<input type="checkbox"/>	N.A.C. previa	<input type="checkbox"/>	Prematuridad
<input type="checkbox"/>	Diálisis aguda	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Puerperio
<input type="checkbox"/>	Diálisis crónica	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Tuberculosis

Observaciones:

Diagnóstico:

Sme gripal ☐ Bronquitis ☐ Neumonía ☐

Otros:
.....

Tratamientos:

	Fecha inicio	Fecha finalización
Lopinavir / Ritonavir jarabe		
Hidroxicloroquina 200mg		
Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg		
Otros		



EVOLUCIÓN

Establecimiento de internación:

Internado por criterio clínico: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Ingresado a sala de SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

cuidados intensivos: 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 ☐

Trabajador de la salud -
Técnico / auxiliar con función asistencial ☐

Trabajador de la salud -
con función administrativa ☐

Antecedentes de vacunación Antigripal: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Viajes y otras exposiciones riesgo:

1. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 FUERA DEL PAIS en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

2. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 DENTRO DEL PAIS en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

3. ¿Mantuvo CONTACTO ESTRECHO con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

Apellido y nombre del caso: DNI o ID SNVS:

4. ¿Recibió atención en algún centro de salud que atiende casos de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

5. ¿Es trabajador de salud y pudo haberse contagiado de otro trabajador de salud infectado? SI ☐ NO ☐

6. ¿Es trabajador de salud y desconoce el nexo epidemiológico? SI ☐ NO ☐

7. ¿Asistió como personal de salud a casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

8. ¿Posible transmisión comunitaria? SI ☐ NO ☐

9. ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI ☐ NO ☐

☐ Hospital/Clinica asistencial

☐ Institución penitenciaria

☐ Residencia para personas mayores

☐ Institución de Salud Mental

☐ Otros

Nombre y dirección de la institución:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: ☐ Aspirado ☐ Hisopado ☐ Espudo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Otra:

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

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

PERSONAS CON LA QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE LA ENFERMEDAD

Apellido y Nombre	DNI	Teléfono	Domicilio	Fecha último contacto	Tipo de contacto

Observaciones:

Datos del personal que notifica: Nombre y Apellido:

Firma y sello: