**ANEXO 3: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANTE UN CASO CONFIRMADO O PROBABLE DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS**

**(Definicións de caso ao final)**

**INFORMACIÓN DEL CASO**

**CCAA declarante ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de la declaración del caso (a la CCAA)** (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_; **Sexo**: Hombre  Mujer  NS/NC

**Edad en años**\_\_\_\_\_\_**Edad en meses en menores de dos años**\_\_\_\_\_\_**Edad en días en menores de 1 mes \_\_\_\_\_\_**

Código de identificación de caso para la CCAA[[1]](#footnote-1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País residencia actual**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; CCAA de residencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia de residencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Municipio de residencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

**Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): \_\_\_**\_\_/\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

**Presentación clínica**

**SI NO**  **NS/NC**

Fiebre[[2]](#footnote-2)  \_\_\_ºC

Tos

Neumonía[[3]](#footnote-3)

Dolor de garganta

Escalofríos

Dificultad respiratoria

Vómitos

Diarrea

Síndrome de Distress Respiratorio Agudo

Otros cuadros respiratorios graves

Fallo renal agudo

Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos

Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Factores de riesgo y enfermedad de base:** Si No NS/NC

Diabetes

Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión)

Enfermedad hepática crónica

Enfermedad pulmonar crónica

Enfermedad renal crónica

Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica

Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)

Embarazo. Trimestre\_\_\_\_\_\_\_\_

Post-parto (< 6 semanas)

Cáncer

Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ingreso Hospitalario:** Si  No NS/NC

En caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa):\_\_\_\_ / \_\_\_/ \_\_\_; Fecha de alta (dd/mm/aaaa): \_\_\_ / \_\_\_/ \_\_\_

Ventilación mecánica Si  No NS/NC

Ingreso en UCISi  No NS/NC

Fecha de ingreso UCI (dd/mm/aaaa):\_\_\_\_ / \_\_\_/ \_\_\_; Fecha de alta UCI (dd/mm/aaaa): \_\_\_ / \_\_\_/ \_\_\_

**Hospital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Resultado:**

Vivo recuperado al final del seguimiento

Muerte por COVID-19  Muerte por otra causa  Muerte por causa desconocida

Todavía en seguimiento  NS ;

Fecha de defunción (dd/mm/aaaa): \_\_\_ / \_\_\_/ \_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

**Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):**

**¿Ha tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda?**

Sí  No  NS/NC

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar….)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado.**

Sí  No  NS/NC

En caso afirmativo, NID del caso con el que ha tenido contacto[[4]](#footnote-4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar del contacto (País (CCAA si procede) y tipo de lugar trabajo, clase, hogar…): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha del último contacto **(dd/mm/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Ha viajado a la provincia de Hubei, China**. Especificar fechas del viaje:

Sí  No  NS/NC

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Itinerario | Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa) | Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa) | Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa) | Vuelo y número de asiento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Ha viajado a otras provincias de China o a otros lugares?** Especificar lugares y fechas del viaje (incluidos los sitios en España):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Itinerario | Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa) | Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa) | Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa) | Vuelo y número de asiento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Ha visitado algún centro sanitario** **en un país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a** SARS-CoV-2**?**  Sí  No  NS/NC

Especificar el país/países y motivo de la estancia en el centro sanitario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿El paciente es trabajador sanitario?**  Sí  No  NS/NC

Si es afirmativo, ¿ha trabajado en algún centro sanitario en algún país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2?  Sí  No  NS/NC.

Especificar el país/países: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ha tenido contacto animales vivos o muertos en mercados, en países donde el** SARS-CoV-2 **está circulando?**  Sí  No  NS/NC

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identificador de muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de muestras** | **SI** | **No** | **Fecha de envío (dd/mm/aaaa)** | **Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)** |
| **Tracto respiratorio superior** |  |  |  |  |
| **Tracto respiratorio inferior** |  |  |  |  |
| **Otras muestras (especificar)** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Pruebas de laboratorio realizadas para la identificación de otros patógenos (marque los que cumpla):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patógeno** | **+** | **-** | **Pendiente** | **No realizado** | **Patógeno** | **+** | **-** | **Pendiente** | **No realizado** |
| Gripe A |  |  |  |  | Rhinovirus y/o enterovirus |  |  |  |  |
| Gripe B |  |  |  |  | Coronavirus (No SARS-CoV-2) |  |  |  |  |
| Test rápido de Gripe |  |  |  |  | *Chlamydophila pneumoniae* |  |  |  |  |
| VRS |  |  |  |  | *Mycoplasma pneumoniae* |  |  |  |  |
| Metapneumovirus Humano |  |  |  |  | *Legionella pneumoniae* |  |  |  |  |
| Virus Parainfluenza |  |  |  |  | *Streptococcus pneumoniae* |  |  |  |  |
| Adenovirus |  |  |  |  | Otros: |  |  |  |  |

**CATEGORIZACIÓN**

**Clasificación del caso:**

Probable; Confirmado;

**Importado:** Sí  No  NS/NC

**Asociado a brote**  Sí  No  NS/NC

Código de identificación de brote para la CCAA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

**DEFINICIÓNS DE CASO**

* **Caso confirmado por laboratorio:** caso que cumple criterio de laboratorio
* **Caso probable:** caso en investigación cuyos resultados de laboratorio para SARS-CoV-2 no son concluyentes o solo son positivos para una de las PCRs del criterio de laboratorio.

**Criterio de laboratorio**

* PCR de screening positiva y PCR de confirmación en un gen alternativo al de screening también positiva.

1. A rellenar por la administración [↑](#footnote-ref-1)
2. Fiebre o reciente historia de fiebre [↑](#footnote-ref-2)
3. Evidencia clínica o radiológica de neumonía [↑](#footnote-ref-3)
4. A rellenar por la Administración. [↑](#footnote-ref-4)