



**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: