

### DEFINICION DE CASO

#### CASO SOSPECHOSO

- A. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (FIEBRE y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar)), **Y** sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica **Y** un historial de viaje o residencia en un PAÍS / ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; **●**
- B. Un paciente con alguna INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA **Y** que haya estado en contacto\* con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas; **●**
- C. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (fiebre y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar)) **Y** que requiere hospitalización **Y** sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

#### CASO CONFIRMADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 Positiva.

#### CASO DESCARTADO

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 Negativa.

(\*) Un contacto es una persona que participa en cualquiera de los siguientes:

- Proporcionar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano de un paciente COVID-19 (incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones).
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1 m) con un paciente COVID-19 en cualquier tipo de transporte dentro de un período de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración.

Los casos sospechosos deben notificarse de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) en las planillas de notificación inmediata y semanal y el formulario 302 a en la variable "COVID-19". (Comunicarse con las siguientes direcciones)\* Asimismo, debe ser registrado por el Laboratorio de Referencia en el Sistema de Eventos Respiratorios Inusitados.

Se procesaran muestras sólo a pacientes que cumplan con la Definición de Caso Sospechoso.

### DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud: ..... Red de Salud .....

Departamento..... Municipio ..... Fecha de notificación ..... / ..... /.....

Caso detectado en un Punto de Entrada del País: NO  SI  ¿Cuál?.....

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO / PACIENTE

Nombre y Apellido..... Carnet de Identidad / Pasaporte.....

Lugar de residencia: Departamento ..... Municipio ..... País .....

Calle ..... Zona ..... N° .....

Teléfono ..... Fecha de nacimiento ..... / ..... /..... Edad ..... Sexo .....

### DATOS CLINICOS

Fecha de Inicio de 1º síntomas : ..... / ..... /..... Semana Epidemiológica

Fecha de 1ª consulta ..... / ..... /..... Establecimiento de 1ª consulta .....

Ambulatorio  Internado

Fecha de Internación ..... / ..... /..... Establecimiento de internación .....

Fecha de aislamiento ..... / ..... /..... Terapia Intensiva: NO  SI  Fecha ingreso UTI ..... / ..... /..... |

Ventilación Mecánica NO  SI

**SIGNOS Y SINTOMAS**

Historia de fiebre	Tos	Mialgias	Inyección conjuntival
Fiebre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )	Tiraje	Dolor de garganta (odinofagia)	Dolor torácico
Taquipnea/disnea	Vómitos	Insuficiencia respiratoria	Rechazo del alimento
Diarrea	Artralgias	Dolor abdominal	Irritabilidad/confusión
Malestar general	Evidencia radiológica de neumonía	Cefalea	Convulsiones
Coma	Otros (especificar)		

**ANTECEDENTES DE ENFERMEADES DE BASE**

Presenta  No Presenta

Inmunosupresión congénita o adquirida	Enfermedad neurológica	Bronquiolitis previa
Diabetes	Enfermedad hepática	N.A.C. previa
Obesidad	Enfermedad Renal Crónica	EPOC
Embarazo	Hipertensión arterial	Asma
Puerperio	Insuficiencia cardíaca	Tuberculosis
Prematuridad (..... semanas)	Enfermedad oncológica	Ninguna de las anteriores
Bajo Peso al nacer (..... gr)	Otros (especificar):	

**Tratamientos:**

Antibiótico: fecha de inicio ..... / ..... / .....

Antiviral: fecha de inicio ..... / ..... / .....

Evolución: En curso  Terminado

Evolución: En curso  Terminado

**Estado al momento del reporte:**

Recuperado  No recuperado  Falleció  Fecha: ..... / ..... / .....

**Diagnóstico Clínico:**

Síndrome gripal  Bronquitis  Neumonía  Otros (especificar): .....

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

**Ocupación:**

Personal de salud  Personal de laboratorio  Trabaja con animales  Otro.....

**Antecedentes de vacunación para Influenza:** NO  SI  Fechas: ..... / ..... / .....

**Viajes y otras exposiciones de riesgo:**

¿Ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI

Avión Barco Bus

¿Dónde (País y ciudad)?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....

¿Dónde (País y ciudad)?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....

¿Dónde (País y ciudad)?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....

Fecha de ingreso al país: ..... / ..... / ..... Empresa: .....

¿Ha viajado o residido en una zona dentro del país (*distinto del domicilio*) en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  Dónde?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....  
 (Lugar y dirección)

Zona de riesgo: ciudad o país con transmisión local activa

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Acudió a un establecimiento de salud donde se atendieron casos confirmados de COVID-19 dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

NO  SI

Establecimiento: ..... Municipio: ..... Dpto: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

¿Estuvo en contacto con animales dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

Cerdos  Aves  Camélidos  Mercado de animales vivos

Otros (especificar) .....

¿Tuvo contacto con personas con infección respiratoria aguda dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

NO  SI  En entorno asistencial  En entorno familiar  En entorno laboral

Otros (especificar): .....

¿Tuvo contacto con casos confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  Apellido y nombre del caso: ..... CI / Pasaporte .....

País y ciudad donde tuvo la exposición: .....

Línea aérea ..... N° de vuelo ..... N° de asiento .....

**DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO (desde el inicio de los síntomas)**

Nombre y apellidos	CI/Pasaporte	Teléfono	Domicilio	Fecha último contacto	Relación	Línea aérea/Otro	Vuelo /otro

**LABORATORIO**

Se tomo muestra para Laboratorio: NO  SI  ¿Dónde?.....

Tipo de muestra tomada:

Aspirado  Hisopado Nasofaringeo  Lavado Broncoalveolar  Otra (especificar): .....

Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / ..... Fecha de envío ..... / ..... / ..... Al Laboratorio .....

Responsable de Toma de Muestra ..... Firma y sello .....

Observaciones .....

Resultado de Laboratorio Positivo  Negativo  Fecha ...../...../.....

**DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:**

Nombre y Apellido: ..... Tel. cel .....

Firma y sello: ..... Sello del EESS .....