

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud..... Cód. Estab..... Red de Salud.....
Departamento Municipio..... Fecha de Notificación...../...../..... Sem Epidem.....
Caso identificado por búsqueda activa No Si

2. IDENTIFICACION DEL CASO/PACIENTE

Nombre y Apellido..... Sexo: F M
Nº Carnet de Identidad /Pasaporte..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Edad.....
Lugar de residencia ; Departamento..... Municipio..... País.....
Calle..... Zona..... Nº..... Teléfono.....
Si es menor de edad Nombre del Padre/Madre o apoderado..... Teléfono del apoderado.....

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Otro :.....
Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha...../...../.....
¿Tuvo un viaje a un lugar de riesgo dentro o fuera del país ? NO SI
¿Dónde (país y ciudad)?Fecha de retorno de viaje:/...../..... Hora ____ : ____
Empresa:..... N° vuelo:..... N° asiento:.....
¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud
NO SI Fecha de contacto:...../...../.....
Nombre y Apellido (del caso positivo):.....Teléfono del (caso positivo):
Lugar de contacto con el caso positivo:
País:..... Departamento/Estado..... Municipio..... Ciudad /localidad.....

4. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas/...../.....
Tos seca Fiebre Malestar General Cefalea Dificultad Respiratoria Mialgias Dolor de garganta
Perdida y/o disminución del sentido del olfato Perdida y/o disminución del sentido del gusto Asintomático Otros
Estado actual del paciente(al momento del reporte)
Leve Grave Fallecido Fecha de defunción...../...../.....
Diagnostico clínico
IRA IRAG Neumonía Otro especificar.....

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACION Y/O AISLAMIENTO

Fecha de aislamiento...../...../..... Lugar de Aislamiento:.....
Fecha de internación...../...../..... Establecimiento de salud de Internación.....
Ventilación mecánica: No Si Terapia Intensiva No Si Fecha de Ingreso a UTI...../...../.....

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Presenta No presenta
Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes Embarazo
Enfermedades cardiaca Enfermedad respiratoria Enfermedades Renal Crónica Otro.....

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

Nombre y apellidos	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: NO SI lugar de toma de muestra
Tipo de muestra tomada:
Aspirado Lavado Bronco alveolar Otra (especificar):
Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado
Nombre de Lab. que procesara la muestra.....Fecha de toma de muestra:/...../..... Fecha de envío...../...../.....
Responsable de Toma de MuestraFirma 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.....

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviadas oportunamente

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE LABORATORIO COVID- 19

I. ASPECTOS LEGALES:

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el personal a cargo del llenado. Contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser CERTIFICADA con la firma y sello del médico o personal que notifica y el sello del establecimiento, debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviada oportunamente

II. **ASPECTOS GENERALES:** Para el llenado debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- Se debe utilizar 1 ficha por cada persona.
- Obligatoriamente deberá considerarse la definición de caso sospechoso establecida
- 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"
- Los casos COVID-19 son de notificación obligatoria inmediata. El momento de realizar la notificación debe enviar de la siguiente manera:

1ra original al laboratorio que procesara la muestra, 2da copia se envía a la Unidad del SNIS-VE de cada SEDES, la 3ra copia a la Unidad de Epidemiología del SEDES respectivamente y la 4ta se queda en el establecimiento de salud como parte del expediente clínico del paciente.

DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO COVID-19

- 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; O
- 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; O
- 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.

(*) Un contacto es una persona que participa en cualquiera de las 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.

III. LLENADO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR:

El personal de salud que atiende al paciente con sospecha de COVID-19 debe registrar la información referente al servicio de salud que notifica el caso. Registrar: la fecha de notificación: *día/mes/año* en la que acude el paciente al servicio de salud. Departamento, Municipio, Localidad/Comunidad; Red de Salud al que corresponde el servicio de salud, el Nombre del establecimiento y su número de teléfono de contacto; así como la modalidad a través del cual el paciente fue captado (búsqueda activa, atención en servicio en salud, otro). Debe llenar el nombre del establecimiento de salud en el cual se encuentra y notifica el caso de sospecha de caso COVID-19(según definición de caso), consignar la red de salud, departamento y municipio notificador, así como la fecha de notificación, en caso de en un punto de entrada del país (frontera) especificar cuál (comunidad fronteriza y país con el que se comunica).

2. INDETIFICACION DEL CASO PACIENTE

El personal de salud debe registrar claramente: los datos del paciente nombre y apellidos completos, sexo (masculino o femenino), carnet de identidad/pasaporte, fecha de nacimiento y edad, lugar de residencia y dirección y número de teléfono de contacto. Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), se deberá registrar el nombre de padre, madre o apoderado y colocar el teléfono de contacto del mismo.

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

En ocupación del paciente, registrar si es personal de salud, personal de laboratorio o especificar si es otro.

Antecedente de vacunación para Influenza: en caso de que cuente con la misma registrar la fecha de aplicación.

Viajes u otras exposiciones de riesgo: detallar si el paciente estuvo fuera del país o región en los últimos 14 días, detallando la ciudad y país donde estuvo, el periodo de tiempo y cuando regreso al país. Empresa con la cual viajo, N° de vuelo (si es aéreo) y asiento ocupado.

Contacto con caso positivo de COVID-19: precisar si el paciente estuvo en contacto con un caso confirmado de COVID-19 sea dentro fuera del país. En caso de ser así registrar el nombre, y teléfono del caso positivo y la fecha que tuvo el contacto.

4. DATOS CLINICOS

Esta sección debe ser llenada exclusivamente por el personal de salud que atiende al paciente. Registrar *día/mes/año* del inicio de síntomas, Marcar con una "X" los signos y síntomas que presenta o refiere el paciente, debiendo especificar en la casilla Otro, algún otro signo o síntoma que se considere importante notificar, también registrar si es un caso sospechoso que no presenta signos sintomatología en la casilla de **Asintomático**, anotar el estado del paciente al momento de la notificación del caso. En caso de haber notificado una defunción por probable COVID-19 colocar fecha de defunción, Anotar el diagnóstico clínico presuntivo del caso.

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y /O AISLAMIENTO

Este espacio se utiliza en caso de paciente identificado y transferido a un establecimiento de salud para su internación o paciente internado por otra circunstancia del cual también se sospeche de COVID-19, así mismo si el paciente es sospechoso anotar el lugar de aislamiento obligatorio Se debe registrar fecha y lugar de aislamiento, así como el lugar colocar el nombre del mismo (albergue, hotel, domicilio, etc.)

En caso de internación la fecha y el nombre del establecimiento. Marcar si el paciente recibe ventilación mecánica y si ingresó a UTI.

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Marcar con una "X" las enfermedades de base que presenta o refiere el paciente o condiciones del paciente que podrían agravar la patología o su condición, debiendo especificar en la casilla Otro, alguna otra que se considere importante notificar.

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

En este campo se registra la lista mínima de posibles contactos tuvo el paciente, se debe registrarse Nombre y apellidos, Edad, Teléfono fijo o celular, dirección del contacto, Fecha de contacto, Relación de parentesco o cercanía (Madre, Padre, Hermano/a, primo/a, vecino/a, etc.) lugar de contacto (domicilio del contacto, vecindario, mercado, etc.

8. LABORATORIO:

Esta sección debe ser llenada por el personal de laboratorio. Registrar Si se tomó o No muestra. Donde fue tomada la muestra, el tipo de muestra, la fecha de toma, la fecha de envío al laboratorio para diagnóstico específico y los datos del personal que hizo la toma de muestra.

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:

Registrar el nombre y apellido completos, número de teléfono/celular, firma y sello, y sello del establecimiento de salud.