

ESTRATEGIA DE VIGILANCIA

UMA

UCETI

INTERNADO

AMBULATORIO

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador: Provincia: Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador:

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI o DE IND: N° ____ . ____ . ____ Apellido y Nombre:

Teléfono: Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Etnia: Embarazada: SI / NO

Lugar de residencia: Provincia..... Departamento: Localidad:

Barrio..... Calle / Mza:..... N°..... Piso..... Depto: Cód. Postal:.....

Persona Privada de libertad: SI / NO Vive en residencia de adultos mayores SI / NO Vive en otra institución SI / NO.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta ____ / ____ / ____ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ____ / ____ / ____ Ambulatorio SI NO

Asintomático Síndrome Inflamatorio Mul sistémico (menor a 19 años)

Fiebre (37,5 °C o más)	Tos	Odinofagia	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Diarrea	Vómitos	Rinitis	Anosmia	Disgeusia	Disena

Internado: SI NO Fecha de internación: ____ / ____ / ____ SALA UCI / UTI : ARM CAFO HELMET O2 suple.

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI NO

Cuáles:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Tuvo contacto estrecho con un caso confirmado: SI NO Fecha ____ / ____ / ____

Viajó dentro de los últimos 14 días: SI NO Fecha ____ / ____ / ____ Lugar.....

Datos del transporte:

Trabajador de la salud SI NO Tuvo COVID 19 previo SI NO Trabajador de comunidad cerrada SI NO

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Vacunación **COVID-19**: Esquema primario con refuerzo Esquema primario sin refuerzo Esquema incompleto

Vacunado **INFLUENZA**: SI NO Fecha: ____ / ____ / ____

Vacunado de 6 meses a 2 años: 1º Dosis Fecha: ____ / ____ / ____ 2º Dosis Fecha: ____ / ____ / ____

Vacunación de la madre en menores de 6 meses Madre vacunada: No Si Fecha: ____ / ____ / ____

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Hisopado para test de Ag Hisopado para métodos moleculares Saliva Otra:

Establecimiento de toma de muestra:

Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____

Test antígeno SARS-COV-2: Posivo Negativo

Derivado para OVR: SI NO Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____

CLASIFICACIÓN DE CASO

Confirmado por laboratorio-pruebas m	Confirmado por test de antígeno en terreno	Descartado
Confirmado por criterio clínico-epidemiológico	Positivo por autotest	

Nombre y apellido del notificador

Firma