

**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:.....Nº..... 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