

FICHA DE REGISTRO Y CLASIFICACIÓN DE EXPOSICIÓN A CASOS COVID-19

DATOS DE LA PERSONA

Nombres y Apellidos:.....

Edad: DNI:..... Profesión:.....

Teléfono para seguimiento.....

Lugar de Trabajo:.....

Tarea que realiza:.....

Día de exposición:/...../2020

Fuente probable: caso confirmado caso probable caso sospechoso contacto de contacto

Comorbilidades:.....

TIPO DE EXPOSICIÓN (marcar con circulo cada opción)

PROCEDIMIENTO SIN RIESGO DE AEROSOLES				
Contacto con	Paciente	Entorno	Fluidos	Otros
Paciente	Usaba barbijo	No usaba barbijo	No recuerda	No aplica
Fluido	Respiratorio	Materia fecal	Otros	Desconoce
Entorno	Limpio	Sucio	Desconoce	No recuerda
Tipo de contacto	Directo con piel	Splash a mucosa	Otros	
Tiempo de contacto	< 15 minutos	> 15 minutos	No recuerda	Otros
Guantes	si	no	rotos	Errores de uso
Camisolín	si	no	roto	Errores de uso
Barbijo	si	no	roto	Errores de uso
Protección ocular	si	no	roto	Errores de uso
Higiene de manos	Todos los pasos	Olvido algún paso	No realiza	No recuerda
Extracción EPP	Acorde normas	Errores	No recuerda	Otros

PROCEDIMIENTO GENERADOR DE AEROSOLES				
Tipo	Intubación/Extubación	Traqueostomía	Resucitación	Otros
Paciente	Usaba barbijo	No usaba barbijo	No recuerda	No aplica
Tiempo				
N95	si	no	roto	Errores de uso
Barbijo sobre N95 o Mascara facial	si	no	roto	Errores de uso
Protección ocular o máscara facial	si	no	roto	Errores de uso
Protección cabello	si	no	roto	Errores de uso
Higiene de manos	Todos los pasos	Olvido algún paso	No realiza	No recuerda
Extracción EPP	Acorde normas	Errores	No recuerda	Otros



OTRA SITUACIÓN DE EXPOSICIÓN

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

- SIN RIESGO
- BAJO RIESGO: Asintomático Sintomático
- MEDIANO Y ALTO RIESGO: Asintomático Sintomático

CONDUCTA

- **SIN RIESGO O BAJO RIESGO ASINTOMÁTICO:** Continúa actividad asistencial con normalidad y automonitoreo de síntomas.

- **MEDIANO O ALTO RIESGO ASINTOMÁTICO:** licencia laboral y escudamiento domiciliario por 14 días con automonitoreo de síntomas. Previo incorporación deberá realizarse rRT-PCR entre los días 12 a 14, y según resultado obtenido, alta laboral.

- **BAJO, MEDIANO O ALTO RIESGO SINTOMÁTICO:** Se considera caso sospechoso, debe activarse protocolo, internar inmediatamente y realizar rRT-PCR SARS-CoV-2.

.....

Firma y sello
Médico tratante

...../...../.....2020

Fecha

ENVIAR FICHA POR MAIL A:

epidemiologia@mendoza.gov.ar y subplanificacioncsp@mendoza.gov.ar