



DEFINICIÓN DE CASO

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Definicion-de-caso>

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador

Localidad Provincia Fecha de notificación / /

Datos del médico

Tel. celular Correo electrónico

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre Tipo/N° documento

Lugar de residencia: Provincia Departamento

Localidad Calle / Manzana

N°/Casa Piso Depto..... Cód. Postal Barrio/Villa/Asentamiento.....

Teléfono.....

Fecha de nacimiento / / Edad Sexo ☐ Persona privada de su libertad

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1° síntomas (FIS): / / Semana epidemiológica de FIS ☐

Fecha de 1ª consulta / / Ambulatorio ☐ Internado ☐

Establecimiento de 1ª consulta

SIGNOS Y SÍNTOMAS

☐ Anosmia de reciente aparición	☐ Diarrea	☐ Evidencia clínica y radiológica de neumonía	☐ Insuficiencia respiratoria	☐ Neumonía grave (requiere internación)
☐ Artralgia	☐ Disgeusia de reciente aparición	☐ Fiebre mayor a 38°	☐ Inyección conjuntival	☐ Odinofagia
☐ Cefalea	☐ Disnea/Taquipnea (FR > 25)	☐ Fiebre menor o igual a 38°	☐ Irritabilidad	☐ Rechazo del alimento
☐ Coma	☐ Dolor abdominal	☐ Sin Fiebre	☐ Malestar general	☐ Tiraje
☐ Confusión mental	☐ Dolor torácico		☐ Mialgias	☐ Tos
☐ Convulsiones				☐ Vómitos

Observaciones:.....

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta ☐ No Presenta ☐

☐ Asma	☐ Embarazo	☐ Enfermedad renal crónica	☐ Inmunosupresión congénita o adquirida	☐ Ninguna de las anteriores
☐ Bajo Peso al nacer	☐ Enfermedad hepática	☐ EPOC	☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Obesidad
☐ Bronquiolitis previa	☐ Enfermedad neurológica	☐ Ex fumador	☐ N.A.C. previa	☐ Otros
☐ Diabetes	☐ Enfermedad oncológica	☐ Fumador		☐ Prematuridad
☐ Diálisis aguda		☐ Hipertensión arterial		☐ Puerperio
☐ Diálisis crónica				☐ Tuberculosis

Observaciones:.....

Diagnóstico:

Sme gripal ☐ Bronquitis ☐ Neumonía ☐

Otros:

.....

Tratamientos:

	Fecha inicio	Fecha finalización
Lopinavir / Ritonavir jarabe		
Hidroxiclороquina 200mg		
Lopinavir/Ritonavir 200 mg/50 mg		
Otros		



EVOLUCIÓN

Establecimiento de internación:

Internado por criterio clínico: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Ingresado a sala de SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

cuidados intensivos: Alta ☐ Fallecido ☐ Fecha: / /

Requerimiento de ARM: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Buena evolución:

☐ En aislamiento en centros no hospitalarios

☐ En aislamiento hospitalario

☐ En aislamiento domiciliario

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupaciones:

Trabajador de la salud -
Profesional con función asistencial ☐

Trabajador de la salud -
Técnico / auxiliar con función asistencial ☐

Trabajador de la salud -
con función administrativa ☐

Antecedentes de vacunación Antigripal: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Viajes y otras exposiciones riesgo:

1. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 FUERA DEL PAIS en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

2. ¿VIAJÓ a alguna zona de riesgo para COVID-19 DENTRO DEL PAIS en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

3. ¿Mantuvo CONTACTO ESTRECHO con casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

Apellido y nombre del caso: DNI o ID SNVS:

4. ¿Recibió atención en algún centro de salud que atiende casos de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

5. ¿Es trabajador de salud y pudo haberse contagiado de otro trabajador de salud infectado? SI ☐ NO ☐

6. ¿Es trabajador de salud y desconoce el nexo epidemiológico? SI ☐ NO ☐

7. ¿Asistió como personal de salud a casos confirmados de COVID-19 en los últimos 14 días? SI ☐ NO ☐

8. ¿Posible transmisión comunitaria? SI ☐ NO ☐

9. ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI ☐ NO ☐

☐ Hospital/Clinica asistencial

☐ Institución penitenciaria

☐ Residencia para personas mayores

☐ Institución de Salud Mental

☐ Otros

Nombre y dirección de la institución:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: ☐ Aspirado ☐ Hisopado ☐ Espudo ☐ Lavado broncoalveolar ☐ Otra:

Establecimiento de toma de muestra: Fecha de toma de muestra: / /

Establecimiento al que se deriva la muestra: Fecha de derivación: / /

PERSONAS CON LA QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE LA ENFERMEDAD

Apellido y Nombre	DNI	Teléfono	Domicilio	Fecha último contacto	Tipo de contacto

Observaciones:

Datos del personal que notifica: Nombre y Apellido:

Firma y sello: