

CORONAVIRUS

FICHA DE OPERATIVO
DETECTARMENDOZA
GOBIERNO
Ministerio de Salud,
Desarrollo Social y Deportes

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador..... Fecha del operativo (consulta)/...../.....

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / ID CASO / EVENTO EN EL SNVS

Apellido y Nombre.....DNI Fecha de nacimiento/...../.....

Provincia.....Departamento.....Localidad.....

Calle/Manzana.....Nº casa.....Piso..... Dpto.....

Teléfono

INFORMACIÓN CLÍNICA

*Sintomático SI NO

Fecha de inicio de síntomas/...../.....

¿Presenta algún síntoma de riesgo? Dolor torácico Dificultad para respirar Fiebre más de 3 días **Re-consulta Vacunación SI NO N° de dosis Fecha de última dosis/...../.....

FACTORES DE RIESGO PREEXISTENTES

Vacunación incompleta Inmunocompromiso severo Enf. Cardíaca severa Embarazo Enf. respiratoria severa Edad mayor de 60 años Otros

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Residente de Geriátrico/otras Instituciones de estancia prolongada ¿Cuál?.....Alumno de establecimiento educativo ¿Cuál?.....Viajero internacional ¿Trabaja actualmente? SI NO Personal de Salud Personal de fuerzas de seguridad Personal de Geriátrico u otras Instituciones de estancia prolongada Personal de servicio penitenciario Personal de establecimiento educativo Brote institucional (3 o más casos)

¿Dónde trabaja?..... ¿Cuándo trabajó por última vez?/...../.....

¿Es **contacto estrecho** de un caso confirmado por laboratorio en los últimos 14 días? SI NO

CONCLUSION

Caso confirmado por Nexo clínico-epidemiológico Caso confirmado por Test de Antígeno positivo Test de Antígeno negativo Derivación de muestra para PCR * **Síntomas compatibles con COVID-19:** fiebre, tos, odinofagia, mialgias, congestión nasal y/o rinorrea, disnea, anosmia y/o disgeusia de reciente aparición, cefalea, astenia-fatiga, cefalea, vómitos y/ o diarrea.** **Re-consulta:** Paciente que consulta nuevamente por persistencia de síntomas compatibles con COVID-19 y que tiene un Test de Antígeno negativo.

Se debe realizar toma de muestra para PCR SARS-CoV-2.