



**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 1º síntomas (FIS): ..... / ..... / ..... Semana epidemiológica de FIS   
Fecha de 1ª consulta ..... / ..... / ..... Ambulatorio  Internado   
Establecimiento de 1ª consulta .....

**SIGNOS Y SÍNTOMAS**

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

Observaciones:.....

**ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES**

Presenta  No Presenta

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

Observaciones:.....

**Diagnóstico:**

Sme gripal  Bronquitis  Neumonía

Otros: .....  
.....

**Tratamientos:**

	Fecha inicio	Fecha finalización
Lopinavir / Ritonavir jarabe		
Hidroxicloroquina 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 encensos 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

Intitución de Salud Mental

Otros

Nombre y dirección de la institución: .....

### LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:  Aspirado  Hisopado  Esputo  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: .....