

CASO SOSPECHO DE NUEVO CORONAVIRUS COVID-19

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS POR CRITERIO CLINICO EPIDEMIOLOGICO

DATOS DEL NOTIFICANTE

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	Nacionalidad		
Persona Privada de su libertad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se declara pueblo indígena	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Etnia
Lugar de residencia: Provincia	Departamento		
Localidad	Calle/Manzana		
N°/Casa	Piso	Depto	Cód. Postal
Barrio/Villa/Asentamiento			
Teléfono	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo

CORREO ELECTRONICO:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS):	
Fecha 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"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Convulsiones				<input type="checkbox"/> Vómitos

Observaciones:

ENFERMEDADES PREVIAS /COMORBILIDADES

Presenta <input type="checkbox"/>	No Presenta <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------

¿Cual?

NEXO

Nombre y Apellido:
DNI:

RECORDAR QUE TODOS LOS CASOS DEBEN SER NOTIFICADOS AL SISTEMA SISA-SNVS 2.0

Si se confirma por criterio clínico epidemiológico debe constar en la denuncia el DNI del contacto estrecho confirmado por laboratorio. La carga al sistema debe ser realizada por cada efector. (www.sisa.msaf.gov.ar/sisa).