

# VIGILANCIA CENTINELA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) INTEGRACION COVID-19

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS (se considera notificado SOLO cuando los datos son aportados al SNVS<sup>2.0</sup>)



Ministerio de Salud  
Argentina

**DEFINICIÓN DE CASO: TODA PERSONA QUE PRESENTE FIEBRE  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  + TOS + INICIO DEL CUADRO EN LOS 10 DÍAS PRECEDENTES.**

## IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CENTINELA/ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador .....

Localidad ..... Provincia ..... Fecha de notificación ..... / ..... / .....

Datos del médico .....

Tel. celular ..... Correo electrónico .....

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de documento .....

Lugar de residencia: Provincia ..... Departamento ..... Localidad .....

Calle ..... N° ..... Piso ..... Depto. .... Cód. Postal .....

Teléfono ..... Fecha de nacimiento ..... / ..... / ..... Edad ..... Sexo .....

En caso de menor de edad consignar para padre/madre o tutor legal:  
Apellido y Nombre ..... Tipo y N° de documento .....

## 2. ANTECEDENTES DE INTERÉS

### 2.1. ENFERMEDADES PREVIAS O FACTORES DE RIESGO

Presenta  No Presenta

<input type="checkbox"/> Inmunosupresión congénita o adquirida	<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/> Bronquiolitis previa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> N.A.C. previa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Crónica	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Puerperio	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prematuridad (___ semanas)	<input type="checkbox"/> Valvulopatía o reemplazo valvular	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bajo Peso al nacer (___ gr)	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad neuromuscular	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desnutrición	<input type="checkbox"/> Hepatopatía crónica	<input type="checkbox"/> Fumador	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad oncológica	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión por medicamento	<input type="checkbox"/> Exfumador	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infección por VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Retraso madurativo (>18 años)	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asplenia funcional o anatómica	<input type="checkbox"/> Tratamiento crónico con Acido	<input type="checkbox"/> Diálisis aguda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trasplantado	<input type="checkbox"/> Acetilsalicílico en <18 años	<input type="checkbox"/> Diálisis crónica	<input type="checkbox"/>

### 2.2. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

VACUNA	Vacunación al día según esquema nacional			Fechas de vacunación (si presenta carnet, colocar fecha completa; Si es referida, colocar mes/año)			
	Constataada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_	
<b>Antineumocóccica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_	
	PS 23 <input type="checkbox"/>	VCN13 <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>				
<b>Con componente Hib</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_	3°Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
<b>Con componente B. pertussis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_	3°Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
<b>Anti gripal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_		
<b>Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses</b>							
<b>Con componente B. pertussis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_	2° Dosis _/_/_	3°Dosis _/_/_	Refuerzo _/_/_
<b>Anti gripal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1° Dosis _/_/_			

\*Constataada: verificada por carnet; Referida: Dato obtenido de historia clínica o del paciente, y no verificada por carnet; Sin dato: ninguna de las anteriores.

**Antecedente lactancia en paciente < 6 m:** Materna exclusiva  Materna + artificial  Artificial desde nacimiento

**2.3. ANTECEDENTES DE USO DE MEDICAMENTOS PREVIO A LA TOMA DE MUESTRA** (Deberá tomarse la muestra previo al inicio de tratamiento)

Antivirales SI  NO  NS/NC

Fecha de Inicio .... / ..... / ....

Duración (días)

Antibióticos SI  NO  NS/NC

Fecha de Inicio .... / ..... / ....

Duración (días)

**2.4. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

**Ocupaciones:**

Trabajador de atención de la salud-  Trabajador de salud-  Trabajador de salud – con función

Profesional con función asistencial  Técnico/ auxiliar con función asistencial  administrativa

Personal de fuerzas de seguridad  Personal de servicio penitenciario  Trabaja con animal

- ¿Tuvo contacto cercano con personas con infección respiratoria aguda dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  En entorno asistencial  En entorno familiar  En entorno laboral

Otros (*especificar*): .....

**Viajes y otras exposiciones riesgo:**

- ¿Ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  ¿Dónde?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....  
(País y ciudad)

Viajó en avión  Barco  Omnibus

Fecha de ingreso al país: ..... / ..... / ..... Compañía: .....

¿Sintomático durante el viaje?

- ¿Ha viajado o residido en una zona dentro del país (distinto del domicilio) en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  ¿Dónde?..... Desde ..... / ..... / ..... Hasta ..... / ..... / .....

- ¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por COVID-19 dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

NO  SI  Nombre del centro: ..... Ciudad: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

- ¿Estuvo en contacto con animales dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas?

Cerdos  Aves  Camélidos  Mercado de animales vivos

Otros (*especificar*): .....

- ¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?

NO  SI  Apellido y nombre del caso: ..... DNI o ID SNVS: .....

País y área en la que tuvo la exposición: .....

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

- ¿Es trabajador de salud y pudo haberse contagiado de otro trabajador de salud infectado? SI  NO

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

- ¿Es trabajador de la salud y desconoce el nexo epidemiológico? SI  NO

- ¿Pertenece a un conglomerado institucional de casos? SI  NO
- Hospital/Clínica asistencial  Institución penitenciaria  Residencia para personas mayores
- Institución de Salud Mental  Otros

### 3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

#### 3.1. FECHA DE INTERÉS

Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS)...../...../..... Semana epidemiológica de FIS:.....

Fecha de 1ª consulta: ...../...../..... Establecimiento de 1ª consulta .....

Ambulatorio  Internado

#### 4.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Signos y síntomas	Si	No	Sin dato	Signos y síntomas	Si	No	Sin dato
Fiebre (≥38°C)				Diarrea			
Tos				Artralgias / artritis			
Dolor torácico				Rechazo del alimento			
Mialgias				Tiraje			
Odinofagia				Insuficiencia respiratoria			
Dolor abdominal				Taquipnea			
Vómitos				Convulsiones			
Irritabilidad				Inyección conjuntival			
Confusión				Anosmia de reciente aparición			
Cefalea				Disgeusia de reciente aparición			

#### 4.3. DIAGNÓSTICO AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN (al menos uno obligatorio)

Diagnóstico	Si	No	Sin dato	Diagnóstico	Si	No	Sin dato
Faringitis				Neumonía aguda de la comunidad			
Bronquiolitis				Bronquitis			
Laringitis				Neumonía atípica			
Síndrome gripal				Laringotraqueobronquitis			
				Otras, especificar:			

### 5. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO

5.1. Fecha de toma de muestra  /  /

5.2. Tipo de muestra tomada Hisopado nasofaríngeo  Aspirado nasofaríngeo  Hisopado combinado

Espuito  Otra (especificar)

#### 5.3. Fecha de recepción en laboratorio:

1era muestra: \_\_/\_\_/\_\_ 2da. Muestra: \_\_/\_\_/\_\_ Establecimiento de toma de muestra:.....

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

#### 5.4. Resultados:

Influenza A  Influenza B  IF  Real Time RT-PCR

Subtipificación Influenza A: H1N1pdm  H3  No Subtipificado

Linaje Influenza B: Yamagata  Victoria  Linaje no determinado

SARS-CoV-2: Real time PCR

Genoma viral pancoronavirus:

Otros virus respiratorios:

#### 5.5. Tratamiento durante la internación

Antimicrobianos	Uso	Fecha de Inicio	Duración (días)
Oseltamivir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Zanamivir	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Antibióticos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Hidroxiclороquina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Lopinavir/ritonavir comprimidos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Lopinavir/ritonavir jarabe	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	
Otros	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	__/__/__	

**COMPLICACIONES EN EVOLUCIÓN**Ambulatorio Internado Fecha de Internación  / Sala general  UTI  ARM Fallecido Fecha de Defunción  / **PERSONAS CON LAS QUE ESTUVO EN CONTACTO DURANTE LA ENFERMEDAD**

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

Observaciones:

**OBSERVACIONES:****DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA**

Nombre y Apellido: .....

Firma y sello: .....