

VIGILANCIA CENTINELA DE CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG) INTEGRACION COVID-19

FICHA CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA PARA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS (se considera notificado SOLO cuando los datos son aportados al SNVS^{2.0})



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 + requerimiento de hospitalización.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CENTINELA/ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento notificador

Localidad Provincia Fecha de notificación / /

Datos del médico

Tel. celular Correo electrónico

2. 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

3. ANTECEDENTES DE INTERÉS

3.1. ENFERMEDADES PREVIAS O FACTORES DE RIESGO

Presenta No Presenta

Inmunosupresión congénita o adquirida
Diabetes
Obesidad
Embarazo
Puerperio
Prematuridad (___ semanas)
Bajo Peso al nacer (___ gr)
Desnutrición
Enfermedad oncológica
Infección por VIH/ SIDA
Asplenia funcional o anatómica
Trasplantado

Enfermedad neurológica
 Enfermedad cerebrovascular
 Enfermedad Renal Crónica
 Hipertensión arterial
 Insuficiencia cardíaca
 Valvulopatía o reemplazo valvular
 Enfermedad coronaria
 Hepatopatía crónica
 Inmunosupresión por medicamento
 Retraso madurativo (>18 años)
 Tratamiento crónico con Acido
 Acetilsalicílico en <18 años

Bronquiolitis previa
 N.A.C. previa
 EPOC
 Asma
 Tuberculosis
 Enfermedad respiratoria crónica
 Enfermedad neuromuscular
 Fumador
 Exfumador
 Ninguna de las anteriores
 Diálisis aguda
 Diálisis crónica

3.2. 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)			
	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo	
Antineumocócica	PS 23 <input type="checkbox"/>	VCN13 <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Con componente Hib	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis ___/___/___	2° Dosis ___/___/___	3°Dosis ___/___/___	Refuerzo ___/___/___
Con componente B. pertussis	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis ___/___/___	2° Dosis ___/___/___	3°Dosis ___/___/___	Refuerzo ___/___/___
Anti gripal	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis ___/___/___	2° Dosis ___/___/___		
Vacunación de la madre en paciente menor de 6 meses							
Con componente B. pertussis	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis ___/___/___	2° Dosis ___/___/___	3°Dosis ___/___/___	Refuerzo ___/___/___
Anti gripal	Constatada <input type="checkbox"/>	Referida <input type="checkbox"/>	Sin dato <input type="checkbox"/>	1° Dosis ___/___/___			

*Constatada: 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 desde nacimiento

3.3. 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)

3.4. 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 / /

• ¿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

Nombre y dirección de la Institución:

▪ ¿Tuvo contacto con otros casos humanos de IRA durante los 14 días previos al inicio de síntomas previos al inicio de síntomas?

NO SI Personas fallecidas por IRAG Caso humano de influenza aviar o porcina

4. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

4.1. FECHA DE INTERÉS

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

Fecha de 1ª consulta / / Establecimiento de 1ª consulta

Ambulatorio Internado

Fecha de Internación..... / / Establecimiento internación

Terapia Intensiva: SI NO Fecha internación UTI / /

Requerimiento de ARM SI NO Fecha/...../.....

b) SIGNOS Y SÍNTOMAS

Signos y síntomas	Si	No	Sin dato	Signos y síntomas	Si	No	Sin dato
Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)				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			

c) ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL MOMENTO DE LA INTERNACIÓN (al menos uno obligatorio)

Saturación ambiental: % Radiografía de Tórax: Normal Patológica No realizada

d) 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			
IRAG*				Laringotraqueobronquitis			
IRAG inusitada				Otras, especificar:			
Shock séptico							

*El diagnóstico de IRAG se refiere a pacientes con criterio de internación exclusivamente clínico

5) DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO Y TRATAMIENTO

a) Fecha de toma de muestra / /

b) Tipo de muestra tomada Hisopado nasofaríngeo Aspirado nasofaríngeo Hisopado combinado
Espudo Aspirado traqueal Lavado bronquioalveolar Líquido de derrame pleural
Parénquima pulmonar Otra (especificar)

c) Fecha de recepción en laboratorio:

1era muestra: / / 2da. Muestra: / / Establecimiento de toma de muestra:.....
Establecimiento al que se deriva la muestra:..... Fecha de derivación: / /

d) 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:

e) Tratamiento durante la internación

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

6) EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

6.1 Complicaciones durante la internación

Respiratorias

- Insuficiencia respiratoria
- Empiema
- Absceso pulmonar
- Neumonía nosocomial

Generales

- Sepsis
- Shock
- CID
- Otras (Especificar)

- Insuficiencia renal
- Infección nosocomial
- ARM (____ días)

6.2 Condiciones al egreso

Vivo Curado Mejorado Con secuela Derivado Fecha de egreso

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:

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

Nombre y Apellido:

Firma y sello: