

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:Provincia:Departamento:
 Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador:.....
 Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI o DE IND: N° Apellido y Nombre:
 Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Etnia:..... Embarazada: SI / NO
 Lugar de residencia: Provincia.....Departamento: Localidad:
 Barrio Popular SI/NO..... Calle / Mza:.....Nº..... Piso..... Depto: Cód. Postal:.....
 Persona Privada de libertad: SI / NO Vive en residencia de adultos mayores SI / NO Vive en otra institución SI / NO.....

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ___/___/___ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ___/___/___ Ambulatorio: SI/NO
 Sintomático Asintomático Síndrome Inflamatorio Multisistémico (menor a 19 años)

Fiebre (37,5 °C o más)	Tos	Odinofagia	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Diarrea	Vómitos	Rinitis	Anosmia	Disgeusia	

Internado SI / NO Fecha : ___/___/___ R.E. SI / NO UTI: SI/NO Fecha ___/___/___ R.E. SI / NO

ARM SI / NO Fallecido SI / NO Fecha ___/___/___ R.E. SI / NO [R.E.= Relacionado al evento]

Presenta enfermedades previas, factores de riesgo, comorbilidades: SI / NO

Cuáles:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Trabajador de la salud: SI/NO

Vacunación COVID-19: Esquema completo con refuerzo__Esquema completo SIN refuerzo____Esquema incompleto____
 No vacunado____

Vacuna antigripal si / no Año:

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada: Hisopado nasofaríngeo Hisopado nasal BAL Aspirado nasofaríngeo Otra:

SARS COV 2: Panel virus respiratorio:

Establecimiento de toma de muestra:Fecha de toma de muestra: ___/___/___

Establecimiento al que se deriva la muestra:Fecha de derivación ___/___/___

CONTACTOS ESTRECHOS / OBSERVACIONES

Tratamiento para influenza

Paciente con factores de riesgo o que requieren internación por patología respiratoria

Oseltamivir dosis:

Comprimidos:

Jarabe:

CLASIFICACIÓN DE CASO

Confirmado por laboratorio	Confirmado por test de antígeno en terreno	Positivo por autotest
Confirmado por criterio clínico-epidemiológico	Sospechoso con muestra en estudio	Descartado

Nombre y apellido del notificador

Firma