

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

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

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: D.N.I. D.E. IND. N° Apellido y Nombre:
 Teléfono: Fecha de nacimiento: ____/____/____ Embarazada: SI NO
 Lugar de residencia: Provincia: Departamento: Localidad:
 Domicilio: Calle/Manzana: N°: Piso: Depto.: Cód. Postal:

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta: ____/____/____ Fecha de Inicio de 1º síntomas (FIS): ____/____/____

Fiebre < 38 °C	Dolor garganta	Tos	Dificultad respiratoria	Cefalea	Mialgias
Fiebre ≥ 38 °C	Vómitos	Rinitis/Congestión nasal	Anosmia de reciente aparición	Disgeusia de reciente aparición	Diarrea
Astenia					

Diagnóstico sintromico:

Bronquiolititis Neumonía IRAG IRAG - I Otro:

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

Asma	Diálisis crónica	Insuficiencia renal crónica	Fumador/a	Tuberculosis
Bajo peso al nacer	Embarazo y/o puerperio	Obesidad (IMC 30-39,9)	Insuficiencia cardíaca	Obesidad mórbida (IMC >39,9)
Bronquiolititis previa	Hepatopatía crónica	Inmunosupresión congénita o adquirida	Hipertensión arterial	Otras:
Diabetes	Enfermedad neurológica crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Neumonía aguda de la comunidad previa	
Diálisis aguda	Enfermedad oncológica	Ex fumador/a	Prematuridad	

Tratamiento de oseltamivir administrado: SI NO

Internado: SI / NO Fecha: ____/____/____ UTI: SI / NO Fecha: ____/____/____ ARM: SI / NO
 Fallecido: SI / NO Fecha: ____/____/____

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS / VACUNACIÓN

Antecedente de viaje los últimos 14 días: SI NO Fecha: ____/____/____ Lugar:
 Vacunación COVID-19: SI NO Fecha última dosis: ____/____/____
 Vacunación antigripal: SI NO Fecha última dosis: ____/____/____

LABORATORIO

Tipo de muestra tomada:

Hisopado nasofaríngeo para test de Ag Hisopado nasofaríngeo para métodos moleculares Hisopado nasal Saliva

Otros: Fecha de toma de muestra: ____ / ____ / ____

¿No fue posible tomar muestra de laboratorio Por qué?.....
.....(consignar en observaciones)

Derivado para Influenza y OVR: SI NO Fecha de derivación ____ / ____ / ____

Establecimiento al que se deriva la muestra:

CLASIFICACIÓN DE CASO

En estudio	Influenza A - Positivo	
Virus sincicial respiratorio (VSR) Positivo	Influenza B - Positivo	
SARS-COV-2 por test de Ag	SARS-COV-2 positivo por métodos moleculares	
OVR (No SARS-COV-2, Influenza ni VSR) Positivo	Co-detección de virus respiratorios	
Negativo para SARS COV 2 y OVR	SARS COV 2 negativo por pruebas moleculares	

Firma y aclaración notificador/a: