

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANTE UN CASO EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS COVID-19

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Nombre del Médico _____

Teléfono y correo electrónico _____

Centro Sanitario _____ Isla _____

Fecha de la declaración del caso a la Dirección General de Salud Pública) (dd/mm/aa): ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos _____ DNI: _____

Teléfono _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer NS/NC

Edad en años _____ Edad en meses <1 año _____ Edad en días <1 mes _____

País residencia actual: _____ CCAA de residencia _____

Provincia de residencia _____ Municipio de residencia _____ Código postal _____

País de nacimiento: _____ Dirección actual y tipo de alojamiento: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de primera consulta ¹ (en caso de cribado no rellenar): ____/____/____

Fecha de aislamiento del caso: ____/____/____

Sintomas:

SI NO NS/NC

Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Presentación clínica

Fiebre

Tos

Neumonía²

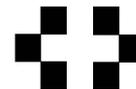
Dolor de garganta

Escalofríos

SI	NO	NS/NC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ La fecha de consulta se refiere a la fecha de contacto con el sistema sanitario. En caso que el paciente acuda a urgencias sería la fecha de entrada en urgencias. En caso de positivos tras cribados no rellenar.

² Evidencia clínica o radiológica de neumonía



Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuadros respiratorios graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo renal agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criterio clínico y radiológico compatible con neumonía bilateral intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar _____

Factores de riesgo y enfermedad de base: Si No NS/NC

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enf. neurológica o neuromuscular crónica |
| <input type="checkbox"/> Enf. cardiovascular (incluida hipertensión) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enf. hepática crónica | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluyendo VIH) |
| <input type="checkbox"/> Enf. pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Embarazo. Trimestre _____ |
| <input type="checkbox"/> Enf. renal crónica | <input type="checkbox"/> Post-parto (< 6 semanas) |

Otros. Especificar: _____

Ingreso Hospitalario: Si No NS/NC

En caso afirmativo:

Hospital: _____

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ____; Fecha de alta (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ____

Ventilación mecánica Si No NS/NC

Ingreso en UCI Si No NS/NC

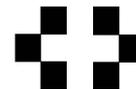
Fecha de ingreso en UCI (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ____; Fecha de alta en UCI (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ____

Resultado al final del seguimiento:

- Curado
- Fallecimiento y fecha de fallecimiento (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ____
- En seguimiento actual
- Desconocido

Nosocomial: Si No NS/NC

En caso afirmativo especificar hospital: _____



DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):

¿Ha tenido contacto estrecho con un caso confirmado de 2019-nCoV?

Sí No NS/NC

En caso afirmativo, nombre, apellidos y fecha de nacimiento del caso con el que ha tenido contacto:

Lugar del contacto (País (CCAA si procede) y tipo de lugar trabajo, clase, hogar...): _____

Fecha del último contacto (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Ámbito de posible exposición en los 14 días previos (Ámbito en el que a juicio de la persona que valora el caso se ha producido la transmisión de la infección) . (marcar solo uno)

- Centro sanitario
- Centro socio-sanitario
- Domicilio
- Laboral
- Escolar
- Otros
- Desconocido

¿Ha estado de viaje en los últimos 14 días?

Sí No NS/NC

En caso afirmativo, especificar país, región, ciudad : _____

Fecha de ida (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Fecha de regreso (dd/mm/aaaa): ____/____/____

país, región, ciudad : _____

Fecha de ida (dd/mm/aaaa): ____/____/____

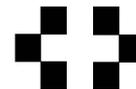
Fecha de regreso (dd/mm/aaaa): ____/____/____ Fecha de regreso a Canarias: ____/____/____

¿El paciente es trabajador sanitario en³? (marcar solo uno)

- Centro sanitario
- Centro socio-sanitario
- En otros centros

¿El paciente es residente en centro socio-sanitario? Sí No NS/NC

³ Personal sanitario incluye a los profesionales de la salud, a los técnicos sanitarios y al personal auxiliar en el cuidado de personas



DATOS DE LABORATORIO

Pruebas de laboratorio realizadas para la identificación de SARS-CoV-2 (marque los que cumpla):

Prueba	+	-	No concluyente	Pendiente	No realizado	Fecha de toma de muestra	Laboratorio
PCR							
Test rápido antígenos							
Test rápido de Ac totales							
Test rápido de IgM							
Test rápido de IgG							
ELISA (u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento)							

RELACIÓN DE CONTACTOS ESTRECHOS

Nº	Nombre y Apellidos	Fecha de nacimiento	TSI o DNI	Nº teléfono	Tipo ⁴ :	Fecha del último contacto
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

OBSERVACIONES: _____

⁴ Conviviente (C), familiar (F), amigo (A), sanitario (S), laboral (L), transporte (T), otros (O)