

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19

1. Toda persona con enfermedad respiratoria aguda (Fiebre, y al menos un signo o síntoma: Tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria) **Y** sin otra etiología que explique clínicamente el cuadro **Y** que presente un historial de viaje en los 14 días anteriores al inicio de los síntomas a un país o territorio que reporta transmisión localizada, ,

ó

2. Toda persona con enfermedad respiratoria aguda **Y** que ha estado en **contacto** con un caso confirmado o probable de COVID-19, en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas.

*Las zonas que se consideran con transmisión localizada se actualizarán según información oficial de la Organización Mundial de la Salud y serán publicadas en la pagina web de vigilancia de la salud: www.vigisalud.gov.py

1.- DATOS DEL NOTIFICANTE

Responsable de la Notificación: _____

Establecimiento: _____ Región Sanitaria: _____

Fecha de Notificación (días/mes/año): ____/____/____

Datos del médico

Tel. celular Correo electrónico

2.- DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad Nº: _____ Cédula Identidad ☐ Pasaporte ☐ (Aceptar solo documentos oficiales)

Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento (días/mes/año): ____/____/____

Residente en Paraguay: ☐ SI ☐ NO Si es viajero: Nombre del lugar donde se hospeda: _____

Contacto telefónico en Paraguay: _____ Verificado: ☐ SI ☐ NO

Departamento: _____ Distrito: _____ Barrio: _____

Dirección actual: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

3.- DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de **FIEBRE** (día/mes/año): ____/____/____ Fecha de primera consulta (día/mes/año): ____/____/____

Ambulatorio: ☐ Internado: ☐ Fecha de Internación / / Establecimiento internación

Terapia Intensiva: ☐ SI ☐ NO Fecha internación UTI / / Requerimiento de ARM: ☐ SI ☐ NO

<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Signos / Síntomas</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Fiebre referida			Dolor de oído		
Temperatura >38° C (Temp. Axilar)			Dolor de garganta		
Coriza o rinorrea			Mialgias		
Congestión nasal			Artralgias		
Tos			Postración		
Dificultad para respirar			Diarrea		
Irritabilidad/Confusión			Nauseas o vómitos		
Dolor de cabeza			Dolor abdominal		
Inyección Conjuntival			Convulsiones		
Disnea/Taquipnea			Auscultación pulmonar anormal		
Otros (especificar)					

(Marcar con una cruz según corresponda si – no)							
Factores de riesgo		Si	No	Factores de riesgo		Si	No
Cardiopatía crónica				Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento			
Enfermedad pulmonar crónico				Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica			
Asma				Síndrome de Down			
Diabetes				Obesidad			
Enfermedad renal crónica				Enfermedad hepática crónica			
Otros (especificar)							
Embarazada: Si ☐ No ☐ Trimestre de embarazo: _____ Puérpera: Si ☐ No ☐							
Vacunación influenza: Si ☐ No ☐ Fecha de vacunación: ____/____/____							
4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS							
¿Ha viajado o residido en una zona de riesgo conocida fuera del país en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si ☐ No ☐							
¿Dónde?.....Desde / / Hasta / / (País y ciudad) Si ha visitado más de un sitio, liste todos los visitados en los últimos 14 días.							
Viajó en avión ☐ Barco ☐ Ómnibus ☐ Compañía de Transporte: _____							
Asiento N°:..... Verificar Ticket de viaje: Verificado: Si ☐ No ☐ Fecha de ingreso al país: / /							
¿Ha concurrido a un centro de salud que ha asistido casos confirmados por 2019-nCoV dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? Si ☐ No ☐							
En caso afirmativo, Nombre del centro: Ciudad: Fecha: / /							
¿Estuvo en contacto con animales dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas? Si ☐ No ☐							
☐ Cerdos ☐ Aves ☐ Camélidos ☐ Mercado de animales vivos							
Otros (especificar): _____							
¿Tuvo contacto cercano con personas con cuadro respiratorio dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas? Si ☐ No ☐							
☐ En entorno asistencial ☐ En entorno familiar ☐ En entorno laboral Otros (especificar): _____							
¿Tuvo contacto estrecho con casos probables o confirmados dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas?							
Apellido y nombre del caso:Documento N°:							
País y área en la que tuvo la exposición:							
5.-EXAMENES DE LABORATORIO							
Toma de muestra: Si ☐ No ☐ Fecha de recepción de la muestra: ____/____/____ Fecha de resultado: ____/____/____							
Tipo de Muestra:							
Hisopado nasal:		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Hisopado faríngeo:		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Aspirado nasofaríngeo:		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Lavado Broncoalveolar :		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Aspirado Traqueal:		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Sangre:		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Tejidos (Biopsia/Autopsia):		Si ☐ No ☐	Fecha de toma de muestra ____/____/____				
Otras muestras: Especificar..... Si ☐ No ☐ Fecha de toma de muestra ____/____/____							

6.- CENSO DE CONTACTOS

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO N°	TELEFONO	DOMICILIO	FECHA DE ULTIMO CONTACTO	TIPO
OBSERVACIONES:					

Se define **contacto** como:
Cualquier persona que haya participado en cualquiera de las siguientes:
- Brindar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) 2 adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano de un paciente COVID-19 (incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones).
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1 m) con un paciente COVID-19 en cualquier tipo de transporte dentro de un período de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración