

ANEXO 3: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN ANTE UN CASO EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS

INFORMACIÓN DEL CASO

CCAA declarante _____

Fecha de la declaración del caso (a la CCAA) (dd/mm/aaaa): ____/____/____

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

Edad en años _____

Edad en meses en menores de dos años _____

Edad en días en menores de 1 mes _____

Código de identificación de caso para la CCAA¹ _____

País residencia actual: _____; CCAA de residencia _____

Provincia de residencia _____ Municipio de residencia _____

País de nacimiento: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

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

Presentación clínica

	SI	NO	NS/NC
Fiebre ² _____ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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

- Diabetes
- Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión)
- Enfermedad hepática crónica
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica
- Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)

¹ A rellenar por la administración

² Fiebre o reciente historia de fiebre

³ Evidencia clínica o radiológica de neumonía

- Embarazo. Trimestre _____
 Post-parto (< 6 semanas)
 Cáncer
 Otras: _____

Ingreso Hospitalario: Si No NS/NC

En caso afirmativo:

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

Hospital _____

Resultado:

Vivo recuperado al final del seguimiento

Muerte por COVID-19 Muerte por otra causa Muerte por causa desconocida

Todavía en seguimiento

NS ;

Fecha de defunción (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / ___

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 enfermo de infección respiratoria aguda?

Sí No NS/NC

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar....) _____

Ha tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado.

Sí No NS/NC

En caso afirmativo, NID del caso con el que ha tenido contacto⁴ _____

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

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

⁴ A rellenar por la Administración.

Ha viajado a la provincia de Hubei, China. Especificar fechas del viaje:

Sí No NS/NC

Itinerario	Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa)	Vuelo y número de asiento

¿Ha viajado a otras provincias de China o a otros lugares? Especificar lugares y fechas del viaje (incluidos los sitios en España):

Itinerario	Fecha de entrada al lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de salida del lugar (dd/mm/aaaa)	Fecha de regreso a España (dd/mm/aaaa)	Vuelo y número de asiento

¿Ha visitado algún centro sanitario en un país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2?

Sí No NS/NC

Especificar el país/países y motivo de la estancia en el centro sanitario

¿El paciente es trabajador sanitario?

Sí No NS/NC

Si es afirmativo, ¿ha trabajado en algún centro sanitario en algún país en el que se han notificado hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2?

Sí No NS/NC.

Especificar el país/países: _____

Ha tenido contacto animales vivos o muertos en mercados, en países donde el SARS-CoV-2 está circulando?

Sí No NS/NC

DATOS DE LABORATORIO
Fecha de diagnóstico de laboratorio _____

Identificador de muestras en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) _____

Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología

Tipo de muestras	SI	No	Fecha de envío (dd/mm/aaaa)	Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)
Tracto respiratorio superior				
Tracto respiratorio inferior				
Otras muestras (especificar)				

Pruebas de laboratorio realizadas para la identificación de otros patógenos (marque los que cumpla):

Patógeno	+	-	Pendiente	No realizado	Patógeno	+	-	Pendiente	No realizado
Gripe A					Rhinovirus y/o enterovirus				
Gripe B					Coronavirus (No SARS-CoV-2)				
Test rápido de Gripe					<i>Chlamydia pneumoniae</i>				
VRS					<i>Mycoplasma pneumoniae</i>				
Metapneumovirus Humano					<i>Legionella pneumoniae</i>				
Virus Parainfluenza					<i>Streptococcus pneumoniae</i>				
Adenovirus					Otros:				



CATEGORIZACIÓN

Clasificación del caso:

caso en investigación ; caso probable ; caso confirmado ; caso descartado

Importado: Sí No NS/NC

Asociado a brote Sí No NS/NC

Código de identificación de brote para la CCAA _____

OBSERVACIONES