



**CASO de COVID-19, Influenza y OVR<sup>2</sup> en ambulatorios: todo caso confirmado de COVID-19 por diagnóstico etiológico y todo caso de confirmado de influenza por pruebas moleculares, asistidos en forma ambulatoria.**

### 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	Anosmia	Disgeusia	Diarrea
Astenia					

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

Cuáles: .....

Tratamiento de oseltamivir administrado: SI  NO

### 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

Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estudiado/ Derivado para SARS-COV-2: SI  NO

Estudiado/Derivado para Influenza y OVR<sup>3</sup>: SI  NO

Establecimiento al que se deriva la muestra: ..... Fecha de derivación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### CLASIFICACIÓN DE CASO

SARS-COV-2 positivo por test de Ag	SARS-COV-2 Positivo por métodos moleculares
Influenza A - Positivo	Influenza B - Positivo
En estudio	Co-detección de OVR
OVR positivo	VSR positivo
Otra:	

Firma y aclaración notificador/a: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>OVR: Otros Virus Respiratorios

<sup>2</sup>OVR: Otros Virus Respiratorios

<sup>3</sup>OVR: Otros Virus Respiratorios