

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN 2019-nCoV**

**1- DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:    Edad  Sexo   RUT N°

Pasaporte u otro documento de identificación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ S. Salud \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural  Tel.

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección trabajo o escuela \_\_\_\_\_

**2- ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

**En los 14 días previos al inicio de síntomas:**

¿viajes al extranjero?   ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de viaje    Fecha de retorno al país

Ciudad 1 visitada y fecha

Ciudad 2 visitada y fecha

Ciudad 2 visitada y fecha

¿Tuvo contacto con personas enfermas o que hayan fallecido de enfermedades respiratorias ?

Lugar? \_\_\_\_\_ Realizar visita y verificar. Lista contactos \_\_\_\_\_

¿Ha visitado mercados animales?   Lugar? \_\_\_\_\_

¿Ha estado en contacto con animales silvestres, enfermos vivos o muertos?   \*Investigar en el lugar

¿Es trabajador de salud?   Establecimiento \_\_\_\_\_

**3- ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INICIO**

Fecha inicio síntomas    Fecha 1° consulta    Centro \_\_\_\_\_

**Signos y síntomas**

Fiebre  Odinofagia  Taquipnea  D.abdominal  Diarrea

Cefalea  Tos  Cianosis  Postración  Otros \_\_\_\_\_

D.torácico  Disnea  Mialgia

**Antecedentes de uso de medicamentos para este evento**

Antipiréticos \_\_\_\_\_ Fecha de inicio toma    Antivirales  Fecha de inicio toma

Antibióticos  Fecha de inicio toma

Hospitalizado  Fecha de hospitalización    Diagnóstico/s de hospitalización \_\_\_\_\_

**Condiciones al ingreso**

FC  Tensión arterial min.  Temperatura

FR  max

**Comorbilidades**

Cardiopatía Crónica  Diabetes

Enfermedad Neurológica Crónica  Asma

Enfermedad Pulmonar Crónica  Enfermedad Hepática Crónica

Enfermedad Renal Crónica  Inmunocomprometido por enfermedad o tratamiento

**Factores de Riesgo**

Tabaquismo  Alcoholismo

Uso de Vapeadores

**4- DATOS DE LABORATORIO ETIOLÓGICO**

Toma de muestra IRA   Fecha Toma de Muestra    **Resultado:**

Tipo ANF     IFI \_\_\_\_\_

HNF     PCR \_\_\_\_\_

Sangre     Hemocultivo \_\_\_\_\_

Otro, Cual?     otro cultivo \_\_\_\_\_

Toma de muestra IRAG   Fecha Toma de Muestra    **Resultado:**

Tipo Lavado Broncoalveolar     IFI \_\_\_\_\_

Espuito     PCR \_\_\_\_\_

Aspirado traqueal     Hemocultivo \_\_\_\_\_

Sangre     otro cultivo \_\_\_\_\_

Otro, Cual?

**5- DATOS DEL NOTIFICANTE**

Fecha de notificación  /  /  Nombre del Notificante \_\_\_\_\_  
 Establecimiento de salud \_\_\_\_\_  
 Región \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

**PARTE II (completar ante casos de IRAG con virus no identificable)**

**DATOS DE HOSPITALIZACIÓN (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)**

**Datos radiográficos dentro de las primeras 24 horas y posteriores**

	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Infiltrado lobar/multilobar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cavitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacificación Completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltrado intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumotorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumomediastino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediastino ensanchado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenopatía hilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consolidación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiomegalía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame pleural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Manejo hospitalario**

	Fecha inicio	Fecha término
Oxígeno suplementario	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ingreso a UCIntensivos/Intermedios	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ventilación mecánica NO invasiva	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ventilación mecánica invasiva	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Aminas vasopresoras	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Antivirales. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Antibióticos. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Esteroides. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Otros medicamentos. Cuál?	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**Infecciones adquiridas durante la hospitalización (IAAS)**

Tipo/s según sitio de infec.	1 _____	Agente/s hallados	1 _____
	2 _____		2 _____
	3 _____		3 _____

**Complicaciones durante la hospitalización**

CID	<input type="checkbox"/>	Paro respiratorio	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>
Miocarditis	<input type="checkbox"/>	Infarto cardíaco	<input type="checkbox"/>	Otras	_____
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	Paro cardíaco	<input type="checkbox"/>		_____
Complicaciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	Shock	<input type="checkbox"/>		_____

**DATOS DE LABORAOTRIO CLÍNICO (sólo completar ante el resultado etiológico de un agente no habitual)**

	24hs	48hs		24hs	48hs		24hs	48hs
<b>Hematología</b>			<b>Química</b>			<b>Gases en sangre arterial</b>		
GB /mm3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Na mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pH	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neutrófilos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	K mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	pCO2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
linfocitos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cl mg/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HCO3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hto %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Glucosa mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	paO2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hb mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Urea mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FiO2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas/mm3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Creatinina mg/dl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Coagulación</b>	24hs	48hs
VSG mm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TGP UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TTPA seg	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			TGO UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TP% - INR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			CPK UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fibrinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			LDH UI/l	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**CONDICION AL EGRESO**

Fecha de egreso  /  /  Tipo de egreso Alta  Fallecido  Transferido   
 Establecimiento de transferencia \_\_\_\_\_  
 CLASIFICACIÓN FINAL: Caso confirmado  Caso descartado