



FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud : Cód. Estab. : Red de Salud :
Departamento : Municipio : Fecha de Notificación :/...../..... Sem Epidem :
Caso identificado por búsqueda activa : No Si

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

Nombre(s) y Apellido(s) : Sexo: F M
Identificación Étnica : N° Carnet de Identidad /Pasaporte : Fecha de Nacimiento : / / Edad:.....
Lugar de residencia ; Departamento : Municipio : País :
Calle : Zona : N° : Teléfono :
Si es menor de edad Nombre del padre/madre o apoderado : Teléfono :

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Trabajador Prensa FF.AA. Policia Otro :
Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha : / /
¿Tuvo un viaje a un lugar de riesgo dentro o fuera del país ? NO SI
¿Dónde (país y ciudad)? : Fecha de retorno de viaje :/...../..... Hora ____:____
Empresa : N° vuelo : N° asiento :
¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud
NO SI Fecha de contacto :/...../.....
Nombre(s) y Apellido(s) (del caso positivo) : Teléfono del (caso positivo) :
Lugar de contacto con el caso positivo :
País : Departamento/Estado : Municipio : Ciudad /localidad :

4. DATOS CLÍNICOS

Asintomático Sintomático Fecha de inicio de síntomas : / /
Tos seca Fiebre Malestar general Cefalea Dificultad respiratoria Mialgias Dolor de garganta
Perdida y/o disminución del sentido del olfato Perdida y/o disminución del sentido del gusto Otros :
Estado actual del paciente (al momento del reporte) :
Leve Grave Fallecido Fecha de defunción : / /
Diagnostico clínico :
IRA IRAG Neumonía Otro especificar :

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AISLAMIENTO

Fecha de aislamiento : / / Lugar de Aislamiento :
Fecha de internación : / / Establecimiento de salud de Internación :
Ventilación mecánica: No Si Terapia Intensiva : No Si Fecha de Ingreso a UTI : / /

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Presenta No presenta
Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes Embarazo
Enfermedad Cardíaca Enfermedad Respiratoria Enfermedad Renal Crónica Otro :

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO

Nombre(s) y Apellido(s)	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: NO SI Lugar de toma de muestra :
Tipo de muestra tomada:
Aspirado Lavado Bronco alveolar Otra (especificar) :
Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado
Nombre de Lab. que procesará la muestra : Fecha de toma de muestra : / / Fecha de envío : / /
Responsable de toma de muestra : Firma y sello :
Observaciones :
Resultado de Laboratorio Positivo Negativo Fecha :/...../.....

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA :

Nombre y Apellido : Tel. cel. :
Firma y sello : Sello del EESS :

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada por el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por lo que todas las variables deben ser llenadas de forma completa obligatoriamente en las secciones correspondientes y enviadas oportunamente

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE LABORATORIO COVID- 19

I. ASPECTOS LEGALES:

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el personal a cargo del llenado. Contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser CERTIFICADA con la firma y sello del médico o personal que notifica y el sello del establecimiento, debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviada oportunamente

II. ASPECTOS GENERALES: Para el llenado debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- Se debe utilizar 1 ficha por cada persona.
- Obligatoriamente deberá considerarse la definición de caso sospechoso establecida
- Los casos sospechosos deben notificarse de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) en las planillas de notificación inmediata y semanal y el formulario 302 a en la variable "COVID-19"
- Los casos COVID-19 son de notificación obligatoria inmediata. El momento de realizar la notificación debe enviar de la siguiente manera:

1ra original al laboratorio que procesara la muestra, 2da copia se envía a la Unidad del SNIS-VE de cada SEDES, la 3ra copia a la Unidad de Epidemiología del SEDES respectivamente y la 4ta se queda en el establecimiento de salud como parte del expediente clínico del paciente.

DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO COVID-19

- Paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo: TOS, dificultad para respirar), Y SIN otra etiología que explique completamente la presentación clínica Y Un historial de viaje o residencia en un PAÍS/ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTÓ LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; O
- Paciente con alguna INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA que haya estado en CONTACTO con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas: O
- Paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (FIEBRE y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria, por ejemplo: TOS, dificultad para respirar) Y que requiere hospitalización Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

DEFINICIÓN DE CONTACTO

Un contacto es toda persona que estuvo expuesta, durante los dos días anteriores y 14 días después del inicio de los síntomas de un caso sospechoso, probable o confirmado, en cualquiera de las siguientes formas:

- Contacto cara a cara con un caso sospechoso, probable o confirmado a menos de 1,5 metros de distancia, sin el uso adecuado de Equipo de Protección Personal; O
- Contacto físico directo con un caso sospechoso, probable o confirmado; O
- Atención directa de un paciente sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, sin usar el equipo de protección personal adecuado; O
- Otras situaciones según lo indicado por las evaluaciones de riesgos locales de acuerdo al contexto epidemiológico.

NOTA. - Para casos asintomáticos confirmados, el período de contacto se considera desde dos días anteriores hasta 14 días posteriores a la fecha en que se tomó la muestra

I. LLENADO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR:

El personal de salud que atiende al paciente con sospecha de COVID-19 debe registrar la información referente al servicio de salud que notifica el caso. Registrar: la fecha de notificación: *dia/mes/año* en la que acude el paciente al servicio de salud. Departamento, Municipio, Localidad/Comunidad; Red de Salud al que corresponde el servicio de salud, el Nombre del establecimiento y su número de teléfono de contacto. Debe llenar el nombre del establecimiento de salud en el cual se encuentra y notifica el caso de sospecha de caso COVID-19 (según definición de caso), consignar la red de salud, departamento y municipio notificador, así como la fecha de notificación, marcar si el caso fue identificado por búsqueda activa o no

2. IDENTIFICACION DEL CASO PACIENTE

El personal de salud debe registrar claramente: los datos del paciente nombres y apellidos completos; en la variable Identificación étnica deberá registrarse la identidad y pertenencia cultural de la que es parte, distinguiendo entre los 36 pueblos o naciones indígenas originarios del Estado Plurinacional de Bolivia: Afrobolivianos, Guarasugwe Pauserna, Araonas, Aymaras, Ayoreos, Baures, Canichana, Cavineños, Cayubabas, Chimanos, Chiquitanos, Chácobo, Esse Eija, Guaraníes, Guarayos, Itonamas, Joaquinianos, Lecos, Machineri, Moré, Mosenetén, Movima, Moxeños, Nahua, Pacahuara, Quechuas, Reyesanos, Sirionó, Tacana, Tapieté, Toromona, Urus, Weenhayek, Yaminahua, Yuquis y Yuracaré. Si el paciente no proporciona este dato, registrar "Sin especificar"; sexo (masculino o femenino), carnet de identidad/pasaporte, fecha de nacimiento y edad, lugar de residencia y dirección y número de teléfono de contacto. Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), se deberá registrar el nombre de padre, madre o apoderado y colocar el teléfono de contacto del mismo.

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

En ocupación, especifique la ocupación si es personal de salud, de laboratorio, Trabajador de la prensa, Fuerzas Armadas, Policía o especificar si es otro.

Antecedente de vacunación para Influenza: en caso de que cuente con la misma registrar la fecha de aplicación.

Viajes u otras exposiciones de riesgo: detallar si el paciente realizo viajes al interior o exterior del país en los últimos 14 días, detallando la ciudad y país donde estuvo, el periodo de tiempo y cuando regreso al país. Empresa con la cual viajo, N° de vuelo (si es aéreo) y asiento ocupado

Contacto con caso positivo de COVID-19: precisar si el paciente estuvo en contacto con un caso confirmado de COVID-19 sea dentro fuera del país. En caso de ser así registrar el nombre, y teléfono del caso positivo y la fecha que tuvo el contacto.

4. DATOS CLINICOS

Esta sección debe ser llenada exclusivamente por el personal de salud que atiende al paciente. Registrar día/mes/año del inicio de síntomas, Marcar con una "X" los signos y síntomas que presenta o refiere el paciente, debiendo especificar en la casilla Otro, algún otro signo o síntoma que se considere importante notificar, Registrar en la casilla de **Asintomático** si es un caso sospechoso que no presenta signo sintomatología, anotar el estado del paciente al momento de la notificación del caso. En caso de haber notificado una defunción por probable COVID-19 colocar fecha de defunción, Anotar el diagnóstico clínico presuntivo del caso.

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y /O AISLAMIENTO

Este espacio se utiliza en caso de que el paciente sea hospitalizado en el momento de la notificación o si el paciente ya se encuentra internado por otra circunstancia y se sospeche de COVID-19. Asimismo, registrar obligatoriamente el lugar de aislamiento del caso sospechoso.

Se debe registrar el lugar de aislamiento (centro de aislamiento, albergue, hotel, domicilio, etc.), y anotar la fecha.

En caso de internación la fecha y el nombre del establecimiento. Marcar si el paciente recibe ventilación mecánica y si ingresó a UTI.

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Marcar con una "X" las enfermedades de base que presenta o refiere el paciente o condiciones de riesgo del paciente que podrían agravar la patología o su condición, debiendo especificar en la casilla Otro, alguna otra que se considere importante notificar.

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO

En este campo se registra la lista mínima de posibles contactos que tuvo el paciente, debe registrarse Nombres y apellidos, Edad, Teléfono fijo o celular, dirección del contacto, Fecha de contacto, Relación de parentesco o cercanía (Madre, Padre, Hermano/a, primo/a, vecino/a, etc.) lugar de contacto (domicilio del contacto, vecindario, mercado, etc).

8. LABORATORIO:

Esta sección debe ser llenada por el personal de laboratorio. Registrar Si se tomó o no muestra. Donde fue tomada la muestra, el tipo de muestra, la fecha de toma, la fecha de envío al laboratorio para diagnóstico específico y los datos del personal que hizo la toma de muestra.

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:

Registrar el nombre y apellido completos, número de teléfono/celular, firma y sello, y sello del establecimiento de salud.