



DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de trabajo: _____
Municipio: _____ Tfno.: _____
Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Meses Años
País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Fecha de llegada: ____/____/____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- Dificultad respiratoria
 Fiebre alta (> 38º)
 Tos
 Síndrome de Distress Respiratorio (SDR)
 Diarrea

Pruebas clínicas (marcar todas las opciones que correspondan):

- Radiología positiva
 Autopsia con signos de síndrome de distrés respiratorio

Resultados de tratamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- Curación
 Defunción
 Pérdida del caso
 En fase de recuperación
 Estable
 Agravado

Hospitalizado¹: Sí No

Fecha de ingreso hospitalario: ____/____/____ Fecha de alta hospitalaria: ____/____/____

Defunción: Sí No

Fecha de defunción: ____/____/____ **Lugar del caso**²:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-__

Agente causal⁴: *Coronavirus*

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Esputo | <input type="checkbox"/> Orina |
| <input type="checkbox"/> Sangre | <input type="checkbox"/> Suero |
| <input type="checkbox"/> Heces | <input type="checkbox"/> Líquido pleural |
| <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo | |
| <input type="checkbox"/> Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial | |
| <input type="checkbox"/> Biopsia pulmonar: bronquial, transbronquial, pulmonar, pleural y otras | |

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

- Aislamiento
 Anticuerpo, seroconversión
 Ácido Nucleico, detección
 Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Atiende a personas enfermas
 Trabajador de laboratorio
 Trabajador sanitario

Exposición (marcar todas las posibles si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Contacto con un enfermo o infectado (portador)
 Contacto con persona de país de alta prevalencia

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Hospital
 Laboratorio

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ **C. Autónoma:** _____

Provincia: _____ **Municipio:** _____

Fecha de ida: __-__-____ **Fecha de vuelta:** __-__-____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Descartado: Sí No

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- Sospechoso
 Probable
 Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No

Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁵: _____

OBSERVACIONES

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote