

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud : Cód. Estab. : Red de Salud :
 Departamento : Municipio :
 Subsector: Público Seguridad Social: Privado Otro:
 Fecha de Notificación :/...../..... Sem Epidemiológica : Caso identificado por búsqueda activa : No Si

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

Nº Carnet de Identidad/ Cédula de extranjero/Pasaporte : Fecha de Nacimiento :/...../..... Edad:.....
 Nombres y Apellidos : Sexo: F M Identificación Étnica:
 País de procedencia:..... Residencia actual: Departamento : Municipio :
 Calle : Zona : Nº: Teléfono :
 Si es menor de edad, nombre del padre/madre o apoderado : Teléfono :

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Trabajador de la Prensa FFAA Policía Otro
 Tuvo contacto con un caso de COVID-19: NO SI Fecha de contacto :/...../.....
 ¿Fue vacunado contra COVID-19? NO SI
 Fecha última dosis recibida:/...../.....
 Fue diagnosticado por COVID-19 anteriormente: NO SI Fecha:/...../.....
 Lugar probable de infección: País: Departamento : Municipio : Ciudad /localidad :

Esquema 1ª y 2ª dosis		Dosis única	Esquema Refuerzo	
1ª D	Proveedor:	Proveedor: JOHNSON & JOHNSON	Refuerzo (1ª)	Proveedor:
2ª D	Proveedor:		Refuerzo (2ª)	Proveedor:

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 de la notificación): Leve Grave Fallecido Fecha de defunción :/...../.....
 Diagnostico clínico: Síndrome Gripal/IRA/Bronquitis IRAG/Neumonía Otro especificar:

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AISLAMIENTO

Ambulatorio Internado Lugar de Aislamiento : Fecha 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 Oncológica
 Enfermedad cardíaca Enfermedad respiratoria Enfermedad Renal Crónica Otro :

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

Nombre y apellidos	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	Lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: SI NO Tipo de muestra: Aspirado Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado Otra
 Nombre de Lab. que procesará la muestra : Fecha de toma de muestra :/...../..... Fecha de envío :/...../.....
 Observaciones :

RESULTADO

Método de Diagnóstico: RT-PCR en tiempo Real RT-PCR GENEXPERT Prueba Antigénica
 Resultado de Laboratorio: Positivo Negativo Fecha :/...../.....

9. DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA

Nombre y Apellido : Tel. cel. :

Firma y sello

Sello del EESS

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el personal de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviadas oportunamente

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA EPIDEMIOLÓGICA 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 y por cada sospecha.
- Obligatoriamente deberá considerarse la definición de caso sospechoso establecida.
- Los casos sospechosos deben notificarse de forma inmediata a través del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica SIVE y a los formularios de consolidación del SNIS respectivos formulario 302a en la variable "COVID-19".
- Los casos COVID-19 son de notificación obligatoria inmediata.

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO COVID-19

A. Una persona que cumpla con los criterios clínicos y epidemiológicos:

Criterios Clínicos:

- Inicio agudo de fiebre y tos
- Inicio agudo de CUALQUIERA de TRES o MAS de los siguientes signos o síntomas: fiebre, tos, debilidad general / fatiga, cefalea, mialgia, Odinofagia, coriza, disnea, anorexia / náuseas / vómitos*, diarrea, alteración del estado mental. **Y**

Criterios Epidemiológicos:

- Residir o trabajar en un área con alto riesgo de transmisión del virus, dentro de los 14 días antes del inicio de los síntomas, por Ej: residencia de ancianos y lugares de acogida humanitaria, como campamentos de personas desplazadas. **O**
- Residir o viajar a un área con transmisión comunitaria en cualquier momento dentro de los 14 días anteriores al inicio de síntomas. **O**
- Trabajar en el entorno de salud, incluso dentro de los establecimientos de salud, en cualquier momento dentro de los 14 días anteriores al inicio de síntomas.

B. Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG Infección Respiratoria Aguda Grave con antecedentes de fiebre, o fiebre medida $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y tos, con inicio dentro de los últimos 10 días y que requiere hospitalización).

C. Persona asintomática que no cumple los criterios epidemiológicos, pero con un resultado positivo a la pruebas antigénicas del SARS CoV- 2

DEFINICIÓN DE CONTACTO

- Atención directa a un paciente con COVID - 19 probable o confirmado, sin usar el EPP recomendado.
- Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado dentro de 1 metro, al menos 15 minutos.

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.

III. LLENADO.

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR:

El personal de salud que atiende al paciente con sospecha de COVID-19 (según definición de caso), debe colocar el nombre completo del establecimiento de salud consignar la red de salud, departamento y municipio notificador, identificar el subsector al cual pertenece el establecimiento equipo notificador: Público, Seguridad Social (en este especificar cual: Caja Bancaria Estatal, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Caja de Salud la Banca Privada, CORDES, etc.) Privado y Otro (especificar cuál otro subsector). Colocar la fecha de notificación, **día/mes/año**, así como la semana epidemiológica. Marcar si el caso fue identificado por búsqueda activa o no.

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO PACIENTE:

El personal de salud debe registrar claramente: los datos del paciente: N° de Carnet de identidad/cédula de extranjero/pasaporte, Fecha de nacimiento; Edad, Nombres y Apellidos completos; Sexo, Identificación étnica en la cual deberá registrarse la identidad o autopertenencia étnica con la que el paciente se autoidentifica, 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 Eja, Guaraníes, Guarayos, Itonamas, Joaquinianos, Lecos, Machineri, Moré, Masetén, 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"**, si el paciente no se autoidentifica con una de las opciones elegir **"Ninguna"**.

País de procedencia (detallar el país de origen del paciente principalmente en caso de extranjeros); lugar de residencia actual: Departamento, Municipio, dirección y número de teléfono de contacto (detallar donde vive el paciente al momento de la notificación, si se trata de extranjeros registrar los datos que correspondan a hoteles, hogar de acogida, domicilio de parientes, etc.). 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 EPIDEMIOLÓGICOS:

En ocupación del paciente, registrar si es personal de salud, personal de laboratorio, Trabajador de la prensa, FFAA, Policía o especificar si es otro.

Detallar si el caso fue diagnosticado anteriormente de COVID-19, detallando la fecha en que se presentó la enfermedad; detallar si el paciente actualmente tuvo contacto estrecho con un caso probable o confirmado de COVID-19 y la fecha que tuvo dicho contacto.

Reportar si el paciente fue vacunado contra COVID-19. Si la respuesta es **SI**, verificar el carnet de vacunación y reportar las dosis recibidas (esquema de 1° y 2° dosis, esquema de dosis única o esquema de refuerzo 1° o 2°). En cada dosis especificar el proveedor de la vacuna recibida. Finalmente reportar la fecha de la última dosis recibida independientemente del esquema.

Lugar probable de infección: en la cual debe especificar el País, departamento, municipio y ciudad/localidad. Si fue en otro país, solo detallar el nombre de este.

4. DATOS CLÍNICOS:

Esta sección debe ser llenada exclusivamente por el personal de salud que atiende al paciente. Identificar si es paciente Asintomático o sintomático, en caso de presentar síntomas colocar fecha de inicio de síntomas: 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 el estado del paciente al momento de la notificación. En caso de haber notificado una defunción por probable COVID-19 colocar fecha de defunción, Registrar 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 paciente internado al momento de la notificación, anotar 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 ESTRECHO:

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

8. LABORATORIO:

Marcar **SI** se realizó o **NO** toma de muestra para diagnóstico por laboratorio. **El hecho de NO tomar una muestra no limita la notificación del caso al Sistema de Salud.**

Si se realizó toma de muestra, detallar el tipo de muestra tomada y especificar el nombre del laboratorio que procesará dicha muestra, la fecha de toma y envío de la misma. Si se toman muestras para pruebas rápidas (Ej. De antígeno) que se procesan en los mismos establecimientos aun sin contar con laboratorio, registrar en el nombre: **"mismo establecimiento"**.

RESULTADO

Espacio para que el personal autorizado que procesa la muestra coloque el método de diagnóstico, el resultado y la fecha en la cual se emitió el mismo.

9. DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:

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