

**INSTRUCCIONES PARA LA DECLARACIÓN DE CASOS POSITIVOS DE COVID-19 POR FACULTATIVOS DEL ÁMBITO PRIVADO.**

Las siguientes instrucciones tienen por objeto aunar el conocimiento de la extensión y características epidemiológicas, de persona, lugar y tiempo de la epidemia del SARS CoV-2 (COVID-19) en nuestra Comunidad, lo que permitirá tomar las medidas acordadas de Salud Pública encaminadas a controlar y proteger a toda la comunidad de los riesgos derivados de esta epidemia.

Como quiera que la *Orden SND/344/2020, de 13 de abril (BOE nº 104 del martes 14 de abril de 2020, Sec.I páginas 28956-28958)*, por la que establecen medidas excepcionales para el refuerzo del sistema Nacional de Salud y la contención de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, establece en su apartado segundo, sobre Requisitos para la realización de pruebas diagnósticas para la detección del COVID-19, que **la indicación para la realización de pruebas diagnósticas** para la detección del COVID-19 **deberá ser prescrita por un facultativo** de acuerdo con las directrices, instrucciones y criterios acordados al efecto por la autoridad sanitaria competente.

En Andalucía, mediante *Decreto 66/1996, de 13 de febrero (BOJA nº 35 del martes 19 de marzo de 1996)*, por el que se constituye, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Sistema de Vigilancia epidemiológica y se determinan normas sobre el mismo, se establece en su artículo 9 las funciones de las Delegaciones Territoriales entre las que se incluyen: **la Organización y coordinación de las actividades de vigilancia epidemiológica en los centros sanitarios de titularidad privada de la provincia.**

En Andalucía desde 1996 ha habido sucesivas órdenes de desarrollo de dicho Decreto, la primera la *“Orden de desarrollo del 19 de diciembre de 1996 (BOJA nº 4 del jueves 9 de enero de 1997)*, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria” y en los años 2002, 2008 y 2015 las siguientes. La última la *“Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria”*, en la que se incluye en el **ANEXO I Lista de**



Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41020-SEVILLA  
[dgsprof.csafa@juntadeandalucia.es](mailto:dgsprof.csafa@juntadeandalucia.es) Telf. 955-006300/955006586 Fax.: 955 006331

Código Seguro de Verificación: VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	1/6

**Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y en el ANEXO III Enfermedades de Declaración Urgente**, se incluye el SARS ( Síndrome Respiratorio Agudo Grave), y dado que el SARS-CoV-2(COVID-19) es un subtipo de la familia SARS, **existe la obligación de que dicha enfermedad sea notificada tan pronto se detecte un nuevo caso con la máxima urgencia y por el medio más rápido posible.**

Por otra parte, tanto en la “Orden SND/344/2020”, en su apartado tercero, como en Andalucía en la citada “*Orden de desarrollo del 19 de diciembre de 1996*”, en el artículo 5, sobre Comunicación de la declaración, **se establece que los médicos con ejercicio privado comunicarán las EDO, a la autoridad sanitaria competente** , que es de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Familias.

Por todo ello a continuación, se detallan las siguientes INSTRUCCIONES:

PRIMERA:

Para realizar la declaración obligatoria de los casos positivos por parte de facultativos médicos del ámbito asistencial privado se deberá cumplimentar el Anexo I con los datos imprescindibles para la declaración en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.

SEGUNDA

Esta declaración se enviará de forma urgente a las direcciones de correo electrónico en función de la provincia de Andalucía donde resida el paciente.

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080-SEVILLA  
Telf. 955-006300. Fax.: 955 006331

Código Seguro de Verificación:VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	2/6

TABLA DIRECCIONES COMUNICACION

<b>Sección de Epidemiología de las Delegaciones Provinciales de Salud</b>		
<b>Provincias</b>	<b>Correo</b>	<b>Teléfono</b>
ALMERÍA	<a href="mailto:epidemiologia.al.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.al.csalud@juntadeandalucia.es</a>	950013658
CÁDIZ	<a href="mailto:epidemiologia.ca.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.ca.csalud@juntadeandalucia.es</a>	955009089
CÓRDOBA	<a href="mailto:epidemiologia.co.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.co.csalud@juntadeandalucia.es</a>	957015473
GRANADA	<a href="mailto:epidemiologia.gr.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.gr.csalud@juntadeandalucia.es</a>	958027058
HUELVA	<a href="mailto:epidemiologia.hu.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.hu.csalud@juntadeandalucia.es</a>	959010612
JAÉN	<a href="mailto:epidemiologia.ja.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.ja.csalud@juntadeandalucia.es</a>	953013031
MÁLAGA	<a href="mailto:epidemiologia.ma.csalud@juntadeandalucia.es">epidemiologia.ma.csalud@juntadeandalucia.es</a>	951039885
SEVILLA	<a href="mailto:coronavirus.se.csalud@juntadeandalucia.es">coronavirus.se.csalud@juntadeandalucia.es</a>	955006893
<b>Alerta de Salud Pública Provinciales de las Delegaciones Provinciales de Salud</b>		
<b>Provincias</b>	<b>Correo</b>	<b>Teléfono</b>
ALMERÍA	<a href="mailto:svea.alerta.al.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.al.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956798
CÁDIZ	<a href="mailto:svea.alerta.ca.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.ca.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956799
CÓRDOBA	<a href="mailto:svea.alerta.co.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.co.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956800
GRANADA	<a href="mailto:svea.alerta.gr.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.gr.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956801
HUELVA	<a href="mailto:svea.alerta.hu.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.hu.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956802
JAÉN	<a href="mailto:svea.alerta.ja.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.ja.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956803
MÁLAGA	<a href="mailto:svea.alerta.ma.csalud@juntadeandalucia.es">svea.alerta.ma.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956804
SEVILLA	<a href="mailto:coronavirus.se.csalud@juntadeandalucia.es">coronavirus.se.csalud@juntadeandalucia.es</a>	697956805

Sevilla 16 de abril de 2020  
 José María de Torres Medina  
 DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080-SEVILLA  
 Telf. 955-006300. Fax.: 955 006331

Código Seguro de Verificación: VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	3/6

**ANEXO I. FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE  
INFECCIÓN POR SARS-CoV-2**

**Fecha de la declaración del caso (a la CCAA) (dd/mm/aaaa):**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **del**

**DNI** \_\_\_\_\_ **NUHSA** \_\_\_\_\_ **Teléfono**

**Fecha de Nacimiento** (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ ; **Sexo:** Hombre Mujer

**Domicilio del paciente** \_\_\_\_\_ **CP** \_\_\_\_\_

**Municipio de residencia** \_\_\_\_\_ **Provincia de residencia**

**Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa):** / /

**Asintomático en el momento del diagnóstico:** Sí No NS/NC

**¿El paciente es trabajador sanitario?** Sí No NS/NC **Lugar de trabajo** \_\_\_\_\_

**¿El paciente es trabajador socio- sanitario?** Sí No NS/NC **Lugar de trabajo** \_\_\_\_\_

**¿El paciente es trabajador esencial?** Sí No NS/NC **Lugar de trabajo** \_\_\_\_\_

**¿El paciente es contacto estrecho de caso positivo?** Sí No NS/NC

**¿El paciente está institucionalizado?** Sí No NS/NC

**Nombre de la Institución:**

**Ingreso Hospitalario:** Si / No

Fecha Ingreso / /

Nombre del Hospital \_\_\_\_\_

Fecha Alta \_\_\_ / /

Neumonía1 Sí No NS/NC

Síndrome de Distress Respiratorio Agudo Sí No NS/NC

Otros cuadros respiratorios graves Sí No NS/NC

Fallo renal agudo Sí No NS/NC

Ventilación mecánica Si No

Ingreso en UCI Si No

Fecha Ingreso UCI / /

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080-SEVILLA  
Telf. 955-006300. Fax.: 955 006331

Código Seguro de Verificación: VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	4/6

Fecha Alta UCI / /

**Factores de riesgo y enfermedad de base:** Si No NS/NC

Diabetes Si No NS/NC

Enfermedad cardiovascular Si No NS/NC

HTA Si No NS/NC

Enfermedad pulmonar crónica Si No NS/NC

Otras:

**Evolución/Seguimiento:**

Todavía en seguimiento: Provisional-favorable\_\_\_ Provisional-desfavorable

Recuperado al final del seguimiento\_\_\_

Defunción\_\_\_ Fecha de defunción (dd/mm/aaaa): / /

**Prueba de laboratorio realizada:**

1. **PCR (Screening y confirmación)** Positiva Negativa
2. **Test de anticuerpos**\_\_\_ **Especificar** (IgA, IgM, IgG)

**-Test rápidos:**

- **-antígeno** Positiva Negativa
- **-anticuerpos totales** Positiva Negativa
- **-anticuerpos IgM/IgG** Positiva Negativa

**No prueba diagnóstica\_\_1 Evidencia clínica o radiológica de neumonía**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio / /**

**Nombre y apellidos del facultativo notificador (persona que comunica el caso a la CCAA)**

**n.º colegiado:**

**Teléfono**

**direccion email:**

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080-SEVILLA  
Telf. 955-006300. Fax.: 955 006331

Código Seguro de Verificación:VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	5/6

Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena 1. Apdo. Correos 17.111. 41080-SEVILLA  
Telf. 955-006300. Fax.: 955 006331

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación: VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>			
FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	16/04/2020
ID. FIRMA	VH5DPH8QKJC7DBDFTW6TSAGR2JLV62	PÁGINA	6/6