

Anexo I: ENCUESTA PARA NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 (ACTUALIZADA A 20/10/2020)

Definición de caso confirmado con infección activa según “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19” del Ministerio:

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Datos identificativos del facultativo declarante:

Nombre y apellidos del facultativo notificador del caso (médico/a que comunica el caso a la CCAA)

Teléfono médico/a **Email médico/a**

Nombre del centro declarante

Dirección, municipio y provincia del centro:

1. Datos identificativos del caso:

Fecha de declaración del caso a la CCAA (dd/mm/aaaa) **Id CCAA (cumplimentar por DT de Salud y Familias, si procede)**

Apellidos y Nombre del paciente

DNI **N.º Tarjeta Sanitaria**

Teléfono **Fecha de nacimiento** **Sexo:** **Hombre** **Mujer**

Domicilio

Municipio

Provincia **CP**



2. Datos clínicos

Fecha de consulta¹ (dd/mm/aaaa) Síntomas: Sí No

En caso afirmativo, fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)

3. Ocupación de riesgo (respuesta única):

Trabajador sanitario² en Centro sanitario

Trabajador sanitario en Centro socio-sanitario

Trabajador sanitario en otros centros

Tipo de trabajador sanitario

No personal sanitario

4. Institucionalizado en centro socio-sanitario Sí No

5. Ámbito de posible exposición en los 10 días previos³ (respuesta única):

Centro hospitalario Centro de Salud Residencia de mayores Otro centro socio-sanitario

Domicilio Laboral Escolar Otros Desconocido

6. Caso importado (respuesta única): Sí No

Otro país Especificar

Otra comunidad Especificar

7. Contacto con caso confirmado en los últimos 10 días Sí No

8. Pruebas diagnósticas solicitadas Resultados Fecha de diagnóstico⁴

1ª PCR/Técnicas moleculares

Positiva Negativa

2ª PCR/Técnicas moleculares

Positiva Negativa

ELISA

IgM+ IgG+ IgA+

Test rápidos de anticuerpos

IgM+ IgG+

Test rápidos de Ac totales

Ac totales positivos

Test rápidos de Antígenos

Positiva Negativa

9. Evolución clínica

Ingreso Hospital Sí No Fecha de ingreso Fecha de alta

Ingreso en UCI Sí No Fecha de ingreso Fecha de alta

Fallecimiento Sí No F. fallecimiento

¹ La fecha de consulta se refiere a la fecha de contacto con el sistema sanitario. En caso de que el paciente acuda a urgencias sería la fecha de entrada en urgencias. En el caso de positivos tras cribados no habría que poner ninguna fecha

² Personal sanitario incluye a los profesionales de la salud, a los técnicos sanitarios y al personal auxiliar en el cuidado de personas.

³ Ámbito en el que a juicio de la persona que valora el caso se ha producido la transmisión de la infección.

⁴ La fecha de diagnóstico se refiere a la fecha de resultado de la prueba. En caso de disponer de varias fechas se refiere a la primera fecha de resultado que defina el caso como confirmado.

10. Aislamiento del caso e identificación de los contactos

Fecha de aislamiento del caso (dd/mm/aaaa)

Nº contactos estrechos desde 2 días antes del comienzo de síntomas hasta fecha de aislamiento del caso

Firma facultativo declarante*:

**Se puede firmar electrónicamente, si tiene instalado el "certificado digital de personas físicas" en su ordenador*

CONTACTOS DEL CASO CONFIRMADO

(Por tipo de contacto se entiende ámbito -ver punto 5- donde el declarante cree que se produjo el contacto)

CONTACTO N.º 1

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN
TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO
MUNICIPIO

CONTACTO N.º 2

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN
TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO
MUNICIPIO

CONTACTO N.º 3

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN
TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO
MUNICIPIO

CONTACTO N.º 4

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN
TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO
MUNICIPIO

CONTACTO N.º 5

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN
TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO
MUNICIPIO

CONTACTO N.º 6

NOMBRE Y APELLIDOS
NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 7

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 8

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 9

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 10

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 11

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 12

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 13

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 14

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 15

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 16

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 17

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 18

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 19

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 20

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO

CONTACTO N.º 21

NOMBRE Y APELLIDOS

NUHSA (DNI/NIE/PASAPORTE) FECHA DE EXPOSICIÓN

TIPO DE CONTACTO N.º TELÉFONO

MUNICIPIO