

Formulario provisional abreviado para la notificación rápida a la OMS de casos probables y confirmados de infección por el MERS-CoV

Versión del 14 de noviembre del 2013

Confidencial

Este formulario de notificación rápida y su contenido son confidenciales

1. Datos del notificador	
Nombre del notificador: _____	Fecha en que se llenó el formulario: (dd/mm/aaaa) _____/_____/_____
Nombre de la institución: _____	País: _____
Número de teléfono: _____	Email: _____
2. Datos del caso	
Número de identificación (ID) único del caso (del país): _____	
Identificador del caso de la OMS (internacional): _____	
Tipo de caso	Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/>
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Edad (años) _____ desconocido <input type="checkbox"/>	
Ocupación del paciente: _____	
Nacionalidad o grupo étnico del paciente: _____	
Fecha de ingreso al hospital (dd/mm/aaaa) _____/_____/_____	No ingresado a hospital <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) _____/_____/_____	Infección asintomática <input type="checkbox"/>
Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) si corresponde _____/_____/_____	
Fecha de alta (dd/mm/aaaa) si corresponde _____/_____/_____	
3. Información geográfica (lugar donde estaba el paciente cuando aparecieron los síntomas)	
País _____	1. Nivel administrativo _____
Provincia, estado o su equivalente _____	2. Nivel administrativo _____

4. Enfermedades o condiciones pre-existentes

Tiene o ha tenido el paciente alguna de las siguientes condiciones pre-existentes?

	Sí	No	Desconocido
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/otra inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad crónica pulmonar otra que asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad crónica hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno crónico hematológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo	<input type="checkbox"/> _____ meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad neurológica crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra (favor especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pruebas de laboratorio

Primeros resultados de laboratorio Fecha: ____/____/____

PCR para MERS-CoV Nombre del laboratorio: _____

¿Se realizó PCR específico para MERS-CoV? sí no

Fecha de toma de la primera muestra (dd/mm/aaaa): ____/____/____

¿Fue positiva? sí no Genes: upE Núcleo capsido ORF1a ORF1b

¿Fue negativa? sí no Genes: upE Núcleo capsido ORF1a ORF1b

En caso positivo, ¿en que muestra?

Lavado Broncoalveolar Exudado Nasofaríngeo Exudado Faríngeo Otro: _____

Observaciones: _____

Pruebas serológicas

Fecha de toma de la primera muestra

(dd/mm/aaaa): ____/____/____

Título: _____ Se considera positivo si no

6. Exposición o posibilidad de exposición

¿Realizó el paciente un viaje nacional o internacional en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Destino (Ciudad/Región, País)

Llegada (dd/mm/aaaa)

Salida (dd/mm/aaaa)

¿Estuvo el paciente en contacto directo o indirecto con algún animal (por ejemplo animales usados para caza, como perros o halcones], murciélagos, aves, ganado doméstico en granjas o mercados, mascotas, roedores o animales salvajes) en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

En caso afirmativo, especificar el animal y el tipo de contacto:

¿Consumió el caso/paciente leche cruda o no pasteurizada o productos lácteos (camello, vaca, cabra, oveja) en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido Detalles de los productos: _____

¿Consumió el paciente algún producto naturista o remedios tradicionales en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido Tipo de producto: _____

¿Estuvo el paciente en contacto con un paciente con una enfermedad similar a la suya en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Situación del contacto: En investigación Probable Caso Confirmado de infección por MERS-CoV

Si esta confirmado o es un caso probable, sírvase identificar al contacto (número de identificación, edad, sexo, ubicación) _____

Relación con el contacto: familiar (especificar) _____ amigo auxiliar doméstico Otro, especificar: _____

¿Trabajó el paciente en un establecimiento sanitario en los 14 días previos a enfermar (incluye a médicos, enfermeras, estudiantes que manejan pacientes, voluntarios del ámbito sanitario, otras profesiones afines a salud como personal de servicio de alimentos, personal de limpieza, paramédicos, y trabajadores de salud comunitarios)?

Si No Desconocido

Si es sí:

¿Tiene el trabajador de salud trato directo con pacientes?

Si No Desconocido

7. Complicaciones presentes cuando empezó el cuadro clínico

	Si	No	Fecha de aparición (dd/mm/aaaa)
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
SDRA (Síndrome de Distres Respiratorio Agudo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Insuficiencia renal aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Coagulopatía de consumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Otros _____(especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___

8. Otras observaciones y comentarios (incluidas medidas tomadas inmediatamente, el número de contactos identificados y el seguimiento realizado)