

Este protocolo, una vez cumplimentado, se ha de remitir según el documento "Procediments" (www.epidemiologia.caib.es / "Notificació MDO").

PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN DE CASO EN INVESTIGACIÓN O PROBABLE O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS (MERS-CoV)

(Actualizado 10 marzo 2015. Adaptado Protocolo Nacional CCAES. Procedimiento frente a casos MERS-COV versión 11 febrero 2015)

No cumplimentar	Código CCAA	Año (aa)	Nº Caso
Nº de identificador			

Fecha notificación

DATOS DECLARANTE

Nombre y apellidos

Centro de Trabajo Unidad/servicio Tfno

INFORMACIÓN DEL CASO

Fecha de Nacimiento Sexo Hombre Mujer

Nombre Apellidos

Domicilio Municipio

¿Pertenece a una agregación de casos? Desc No Si
Nº de agregación (No cumplimentar)
Nº de identificación caso índice (No cumplimentar)

País residencia actual País de nacimiento

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas

	Desc	No	Si	
Fiebre				→ °C= <input type="text"/>
Tos				
Neumonía				
Dolor de garganta				
Escalofríos				
Dificultad respiratoria				
Vómitos				
Diarrea				
Sínd. Distress Respi. Agudo				
Otros cuadros respiratorios graves				
Fallo renal agudo				
Otros				→ Especificar <input type="text"/>

Marcar Enfermedad de base

Diabetes Enf. cardíaca Hipertensión
Enf. Pulmonar crónica Inmunocompromiso Otras:

	Desc	No	Si	
Ingreso Hospitalario				→ Fecha ingreso <input type="text"/>
				→ Fecha alta <input type="text"/>
Ingreso en UCI				
Fallecido				→ Fecha defunción <input type="text"/>

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

MARCAR LO QUE PROCEDA (Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas)

Ha tenido **contacto estrecho con un caso de MERS-CoV** confirmado o probable.
 Lugar de contacto (país, CCAA)
 Ámbito (lugar trabajo, hogar, clase...)
 Fecha último contacto:

Ha viajado a alguno de los países incluidos en el área de riesgo. Especificar país/países y fechas.

	Fecha de entrada	Fecha de salida	Fecha regreso a España
País 1º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
País 2º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
País 3º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
País 4º	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ha **visitado o trabajado en algún centro sanitario en algún país del área de riesgo.**
 País Motivo estancia en el centro

Ha tenido contacto con **camellos** o exposición o consumo de sus productos crudos derivados
 Contacto **con otros animales**
 Especificar tipo de contacto

Contacto estrecho **con enfermo procedente de área de riesgo o países vecinos (ver nota abajo)**
 Especificar país Fecha último contacto

El paciente es **trabajador sanitario**
 Y ha trabajado en centro sanitario de área de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas
 Especificar país/países

El paciente forma parte de un cluster de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
 Clúster IRAG: periodo de 14 días, independientemente del lugar de residencia o historia de viaje y que no es explicado por otra causa o etiología.

DATOS DE LABORATORIO

Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología

Tipo de muestras	Si	No	Fecha envío	Fecha resultado	Resultado
Muestra/s Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tracto respiratorio superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tracto respiratorio inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muestra/s de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muestra/s de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muestra/s de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Especificar otros patógenos y resultado (NR: No realizado; Pte: Pendiente)

	+	-	NR	pte		+	-	NR	pte
Gripe A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gripe B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coronavirus no MERS-CoV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test rápido gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chlamydomphila pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micoplasma pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metapneumovirus humano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Legionella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinovirus/enterovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Streptococco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus parinfluenzae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Confirmado → En investigación Probable Descartado
 Por PCR Por serología

OBSERVACIONES

Nota: La recomendación actual se extiende a los **siguientes países**: Jordania, Arabia Saudí, Qatar, Kuwait, Baréin, Irán, Irak, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Yemen, Siria, Líbano, Territorios Ocupados de Palestina, Israel. En cualquier caso, consultar las actualizaciones de la OMS en el siguiente enlace: http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/index.html