INSTRUCCIÓN 16/2020 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS POR PARTE DE LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIOSANITARIOS PRIVADOS, MUTUAS Y LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DE ANDALUCÍA

En desarrollo de la Orden de SND/404/2020, de 11 de mayo, de medidas de vigilancia epidemiológica de la infección por SARS-CoV-2 durante la fase de transición hacia una nueva normalidad, se hace necesario que los centros sanitarios y sociosanitarios privados o mutuas y los servicios de prevención de riesgos laborales, tengan en cuenta que la enfermedad producida por la infección por el virus SARS-CoV-2, es una enfermedad de declaración obligatoria urgente.

Tal y como se recoge en el documento del Ministerio de Sanidad "Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia 12.05.2020", **disponible en:** https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

La declaración individualizada de casos confirmados (ver contenido en el anexo 1), se realizará por el facultativo médico responsable del caso, a través del formulario que se encuentra disponible en la dirección web: https://forms.gle/3o3yx2jTCpb4HQpH8 en formato autocumplimentable.

Dicho formulario deberá ser impreso, debidamente firmado por el facultativo responsable del caso, y remitido a las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Salud y Familias, para su custodia y seguimiento.(ver anexo 2).

Queda sin efecto de la Instrucción de 14/2020, de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, sobre Vigilancia de casos de Covid-19 en la etapa de transición de fecha 12 de mayo de 2020, en lo relativo a la declaración en sospecha para el ámbito privado.
Advertencia: Estas Instrucciones se encuentran en permanente revisión

José María de Torres Medina

DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	20/05/2020
ID. FIRMA	VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN	PÁGINA	1/5

Anexo 1. ENCUESTA PARA NOTIFICACIÓN DE CASOS CONFIRMADOS DE COVID-19 EN ANDALUCÍA

Se clasifica caso **confirmado** con **infección activa:**

*- "Caso con o sin clínica y **PCR** (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada), **positiva"**.*

*Y en casos especiales y excepcionales, con una **alta sospecha clínica** por Covid-19:*
*- Casos que cumple criterio clínico, con **PCRs** (u otra técnica de diagnóstico molecular que se considere adecuada) **negativas y posterior resultado positivo a IgM** por serología (no por test rápidos),*

Datos identificativos de la declaración:

Médico declarante y teléfono de contacto:.....
Nombre del centro declarante:.....
Dirección, municipio y provincia del centro:.....

1. Datos identificativos del caso:

NHUSA (en su defecto Nombre Apellidos Y DNI/NIE/PASAPORTE): _____
Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐
Fecha nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Edad:** ____ (si no se dispone de fecha de nacimiento)
Lugar de residencia
CCAA: _____ Provincia:_____ Código postal:_____ Municipio:_____
Telefóno de contacto del caso:
_____

2. Datos clínicos

Fecha de consulta[1]: (día, mes, año) _ _ / _ _ / _ _ _ _

Síntomas SI ☐ NO ☐
En caso afirmativo indicar la fecha de inicio de síntomas (día, mes, año) _ _ / _ _ / _ _ _ _

3. Ocupación de riesgo *(respuesta única)*

Trabajador sanitario[2] en centro sanitario ☐
Trabajador sanitario en centro socio-sanitario ☐
Trabajador sanitario en otros centros ☐

4. Institucionalizado

Institucionalizado en centro sociosanitario SI ☐ NO ☐

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.

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	20/05/2020
ID. FIRMA	VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN	PÁGINA	2/5

5. Ámbito de posible exposición en los 14 días previos[3] *(respuesta única)*

Centro hospitalario ☐
Centro de salud ☐
Residencia de mayores ☐
Otro centro socio-sanitario ☐
Domicilio ☐
Laboral ☐
Escolar ☐
Otros ☐
Desconocido ☐

6. Caso importado *(respuesta única)*

Otro País ☐ Especificar:..... Otra Comunidad ☐ Especificar:.....No ☐

7. Contacto con caso confirmado conocido en los últimos 14 días

SI ☐ NO ☐

8. Pruebas diagnósticas solicitada: Resultados: Fecha de diagnóstico[4]:

1ª PCR/Técnica molecular ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

2ª PCR/Técnica molecular ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

ELISA ☐ IgM+ ☐ IgG+ ☐ IgA+ ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

Test rápido de Anticuerpos ☐ IgM+ ☐ IgG+ ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

Test rápido Ac Totales ☐ Ac Totales positivo ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

Detección de antígeno ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha de resultado _ _ / _ _ / _ _

9. Evolución clínica *(sólo en caso confirmado)*

Ingreso Hospitalario Si ☐ No ☐ F. ingreso hospital_ _ / _ _ / _ _ _ _ Fecha de alta_ _ / _ _ / _ _ _ _

Ingreso en UCI Si ☐ No ☐ F. ingreso UCI _ _ / _ _ / _ _ _ _

Fallecimiento Si ☐ No ☐ F. fallecimiento _ _ / _ _ / _ _ _ _

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.

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	20/05/2020
ID. FIRMA	VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN	PÁGINA	3/5

10. **Aislamiento del caso e identificación de los contactos *(sólo en caso confirmado)***
Fecha de aislamiento del caso _ _ / _ _ / _ _ _ _

Número de contactos estrechos identificados desde 2 días antes del comienzo de síntomas hasta la fecha de aislamiento del caso: _____

11. **Listado de contactos de caso CONFIRMADO de infección por SARS-CoV-2 *(sólo en caso confirmado)***

Nombre	Apellidos	NHUSA (DNI/NIE/Pasaporte)	Fecha exposición	Tipo de contacto[5]	Número de Teléfono

Fecha y Firma:

_____

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

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	20/05/2020
ID. FIRMA	VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN	PÁGINA	4/5

Anexo 2. DIRECCIONES DE CORREOS ELECTRÓNICOS DE LAS SECCIONES DE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DELEGACIONES TERRITORIALES DE SALUD Y FAMILIAS.

Provincias	Correo en horario laboral
ALMERÍA	epidemiologia.al.csalud@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	epidemiologia.ca.csalud@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	epidemiologia.co.csalud@juntadeandalucia.es
GRANADA	epidemiologia.gr.csalud@juntadeandalucia.es
HUELVA	epidemiologia.hu.csalud@juntadeandalucia.es
JAÉN	epidemiologia.ja.csalud@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	epidemiologia.ma.csalud@juntadeandalucia.es
SEVILLA	epidemiologia.se.csalud@juntadeandalucia.es

Provincias	Correo fuera del horario laboral
ALMERÍA	svea.alerta.al.csalud@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	svea.alerta.ca.csalud@juntadeandalucia.es
CÓRDOBA	svea.alerta.co.csalud@juntadeandalucia.es
GRANADA	svea.alerta.gr.csalud@juntadeandalucia.es
HUELVA	svea.alerta.hu.csalud@juntadeandalucia.es
JAÉN	svea.alerta.ja.csalud@juntadeandalucia.es
MÁLAGA	svea.alerta.ma.csalud@juntadeandalucia.es
SEVILLA	svea.alerta.se.csalud@juntadeandalucia.es

Nota: Indicación de realizar envió a ambas direcciones de cada Delegación Territorial.

Es copia auténtica de documento electrónico

Código Seguro de Verificación:VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma

FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	20/05/2020
ID. FIRMA	VH5DPEJ3TRMB2D3YE2CSYCY5AVEJJN	PÁGINA	5/5