

ACTUALIZACIÓN INSTRUCCIÓN 16/2020 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA PARA 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 detección precoz, vigilancia y control de Covid-19”, disponible en:

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

La declaración individualizada de **casos confirmados con infección activa son de declaración obligatoria urgente** y se realizará por el facultativo médico responsable del caso, a través de la encuesta para la notificación de casos confirmados (ver anexo 1) en formato autocumplimentable en el siguiente [enlace](#).

Dicho formulario deberá firmarse por el facultativo responsable del caso y ser remitido a la dirección de correo electrónico de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Familias de su provincia para incluirlos en los datos epidemiológicos de Andalucía (ver anexo 2).

Advertencia: Estas Instrucciones se encuentran en permanente revisión.


José María de Torres Medina

DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ORDENACIÓN FARMACÉUTICA



Avda. de la Innovación s/n, Edif. Arena 1. 41020 Sevilla Tfno.:955006300
dgsprof.csafa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de Verificación:VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N. 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	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	1/7
			

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

Definición de caso confirmado con infección activa según “Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de C9ovid-19” del Ministerio:

https://www.mscbs.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 de la prueba (persona que comunica el caso a la CCAA)

Teléfono médico Email médico

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 Serv. Vigilancia Epidemiológica, si procede)

Apellidos y Nombre del paciente

DNI N.º Tarjeta Sanitaria

Teléfono Fecha de nacimiento Sexo: Hombre

Mujer


Domicilio



Avda. de la Innovación s/n, Edif. Arena 1. 41020 Sevilla Tfno.:955006300
dgspof.csafa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de Verificación: VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N. 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	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	2/7



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


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.



FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	3/7



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

8. Pruebas diagnósticas solicitadas	Resultados	Fecha de diagnóstico ⁴
1ª PCR/Técnicas moleculares <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	<input type="text"/>
2ª PCR/Técnicas moleculares <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	<input type="text"/>
ELISA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgM+ <input type="checkbox"/> IgG+ <input type="checkbox"/> IgA+	<input type="text"/>
Test rápidos de anticuerpos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgM+ <input type="checkbox"/> IgG+	<input type="text"/>
Test rápidos de Ac totales <input type="checkbox"/>	Ac totales positivos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Test rápidos de Antígenos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa	<input type="text"/>

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

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:

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.



FIRMADO POR	JOSE MARIA DE TORRES MEDINA	FECHA	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	4/7



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**



Avda. de la Innovación s/n, Edif. Arena 1. 41020 Sevilla Tfno.:955006300
 dgspof.csafa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de Verificación: VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N. 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	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	5/7
			

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

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



Avda. de la Innovación s/n, Edif. Arena 1. 41020 Sevilla Tfno.:955006300
dgspof.csafa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de Verificación: VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N. 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	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	6/7
			

Provincias	Correo
ALMERÍA	epidemiologia.al.csalud@juntadeandalucia.es
CÁDIZ	DIVOC91.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	coronavirus.se.csalud@juntadeandalucia.es



Avda. de la Innovación s/n, Edif. Arena 1. 41020 Sevilla Tfno.:955006300
dgspof.csafa@juntadeandalucia.es

Código Seguro de Verificación:VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N. 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	11/11/2020
ID. FIRMA	VH5DPHHJKLCJFN5492R45KLYJW5G9N	PÁGINA	7/7
