



Protocolo para
Ficha de Monitoreo de
Exposición de Personal Sanitario al SARS-COV-2

FICHA DE MONITOREO

Exposición de personal sanitario al SARS-COV-2

Fecha de inicio del monitoreo:/...../.....

| Datos del personal sanitario | | | | Datos del caso confirmado | | | |
|--------------------------------------|--|-------|---|---------------------------|--|---|---|
| Nombre y apellido: | | | | Nombre y apellido: | | | |
| Número de Cédula: | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | Número de Cédula: | | | |
| Dirección: | | | | Sexo: | | M | F |
| Fecha de nacimiento: | | Edad: | | | | | |
| Sexo: | | M | F | | | | |
| Servicio de Salud: | | | | | | | |
| Región Sanitaria: | | | | | | | |
| Profesión: | | | | | | | |
| Función: | | | | | | | |
| Otros lugares donde presta servicio: | | | | | | | |

| Clasificación de riesgo | Exposición (Marcar una) | Categoría del contagio | Exposición (Marcar una) |
|-------------------------|-------------------------|--|-------------------------|
| ALTO | | ASISTENCIA a paciente con COVID-19 | |
| | | ASISTENCIA a paciente con COVID-19 Pre-QCO | |
| MODERADO | | ASISTENCIA en Albergues/Hotel Salud | |
| | | ASISTENCIA en Penitenciaría | |
| BAJO | | CONTACTO con Personal de Salud con COVID-19 | |
| | | CONTACTO con persona con COVID-19 (familiar, social) | |
| | | VIAJERO | |
| | | OTRO: | |

| Indicaciones para el trabajo (marcar lo que corresponda) | | | |
|--|-------------|------|------|
| Exclusión | Autocontrol | Nada | Otro |
| | | | |

| Monitoreo de signos y síntomas (completar con S: sí, N: no, D: desconoce) | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|----|----|----|--|
| Fecha de Inicio de Síntomas: | | | | | | | | | | | Fecha de exposición: | | | | |
| Día → | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | |
| Fecha → | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tos | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor de garganta | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disnea | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cefalea | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anosmia | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rinitis | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | | | | |



| Laboratorio (marcar lo que corresponda) | | |
|---|-----------|------|
| PCR | Resultado | Otro |
| | | |

| Clasificación final (marcar lo que corresponda) | | | |
|---|----------|----------------|------|
| Caso secundario | Contacto | Sin clasificar | Otro |
| | | | |

.....
Firma y sello del responsable del llenado de la Ficha



Ministerio de
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

 **GOBIERNO
NACIONAL**

*Paraguay
de la gente*