**FORMULARIO DE REPORTE PARA PACIENTES TRASPLANTADOS O DONANTES CLASIFICADOS COMO SOSPECHOSOS/PROBABLES O CONFIRMADOS POR SARS COV-2 COVID-19.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud**SISTEMA NACIONAL DE BIOVIGILANCIA** | | | | | | | |
| **REPORTE DE DATOS DE BIOVIGILANCIA PARA PACIENTES TRASPLANTADOS O DONANTES CLASIFICADOS COMO SOSPECHOSOS/PROBABLES O CONFIRMADOS POR SARS COV-2 COVID-19.** | | | | | | | |
| El presente formulario debe ser diligenciado **además** de las fichas de notificación conforme al Instructivo para la Vigilancia en Salud Pública intensificada de infección respiratoria aguda asociada al nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19) del Instituto Nacional de Salud, en los casos de pacientes trasplantados con componentes anatómicos y que cumplen con la definición de caso sospechoso, probable o confirmado de infección respiratoria aguda por SARS COV-2 (COVID-19). Por favor llénelo completamente siguiente las instrucciones indicadas para cada pregunta en el manual del instrumento que se encuentra adjunto. Una vez diligenciado debe enviarlo al correo electrónico [biovigilancia@ins.gov.co](mailto:biovigilancia@ins.gov.co). Si tiene dudas envíelas al mismo correo electrónico o al teléfono en Bogotá (Tel 2207700 Ext 1355) | | | | | | | |
| 1. Fecha de reporte: |  | | | | | | |
| 1. ¿Qué formulario diligenció para reportar el caso al SIVIGILA? | ** IRA por virus nuevo (346)  IARG Inusitado (348)  IRAG (345)** | | | | | | |
| 1. **Información del reportante** | | | | | | | |
| 1. Nombre y apellidos de quien realiza el reporte: |  | | | | | | |
| 1. Cargo asignado por la institución o profesión: |  | | | | | | |
| 1. Nombre de la institución que realiza el reporte: |  | | | | | | |
| 1. Ciudad en la que se realiza el reporte: |  | | | 1. Celular de contacto: |  | | |
| 1. Correo electrónico de contacto |  | | | 1. Dirección de contacto: |  | | |
| 1. **Datos del componente anatómico – CA- (órganos, tejidos y células)** | | | | | | | |
| 10. Componente anatómico trasplantado: |  | | | | | | |
| 11. Tipo de trasplante realizado (indique el nombre del procedimiento de trasplante realizado) |  | | | | | | |
| 12. Estatus del donante (marca solo un ovalo) | **** Donante vivo o en estudio  **** Donante en parada cardiaca  **** Donante en muerte encefálica | | 13. Código CRT del donante o ID: | | |  | |
| 14. ¿Se realizó alguna prueba diagnóstica de COVID-19 al donante? | **** Si **** No **** No Sabe  Fecha: DD/MM/AAAA | | 15. Resultado | | | **** Positivo   Negativo   Indeterminado | |
| 16. Nombre del banco o institución encargada del procesamiento del **CA** (solo aplica para tejidos y células): |  | | 17. Número de identificación del **CA** dado por el banco | | |  | |
| 18. Anote la información que tenga disponible sobre otros **CA** del mismo donante. (Indique el tipo de componente anatómico, datos del receptor, instituciones trasplantadoras etc.) |  | | | | | | |
| 1. **Datos del Receptor** | | | | | | | |
| 19. Nombres y apellidos del receptor |  | | | | | | |
| 20. Tipo de ID del receptor: |  | | 21. Número de ID del receptor: | | | |  |
| 22. IPS en la que se realizó el trasplante: |  | | 23. Fecha del Trasplante: | | | | DD/MM/AAAA |
| 24. ¿Prueba diagnóstica de COVID-19 al receptor? | **** Si **** No **** No Sabe  Fecha: DD/MM/AAAA | | 25. Resultado | | | **** Positivo   Negativo   Indeterminado | |
| 26. ¿Qué tipo de atención ha requerido el receptor?: | **** Ambulatoria **** Hospitalaria **** Unidad de Cuidado crítico | | | | | | |
| 27. Fecha de Hospitalización, si aplica: | DD/MM/AAAA | | 28. Nombre de la IPS/Institución: | | |  | |
| 29. Estado del receptor al momento del reporte | **** Vivo  Fallecido | | 30. Fecha de fallecimiento: | | | DD/MM/AAAA | |
| 31. ¿Hubo falla o pérdida del injerto? | **** Si **** No **** No Sabe | | | | | | |
| 32. ¿Hay evidencia que permita sospechar que la infección en el receptor tuvo su origen en el donante? | | **** Si **** No  **** No Sabe | Explique: | | | | |