



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE A

FICHA DE DECLARACION DE COVID-19 PARA TRIPULANTES

La ficha que se presenta a continuación es una propuesta sugerida por CART sin embargo el Estado y las autoridades de Salud podrían establecer sus propias fichas de salud, se entrega como un aporte para aquellos estados que no dispongan de esta forma de recabar datos de las tripulaciones y su utilización no constituye en una obligación.

Propósito de la ficha:

La tripulación debe proporcionar información antes de la salida para confirmar su estado de salud en relación con la COVID-19 y facilitar su tramitación por parte de las autoridades de Salud Pública del Estado.

Aun cuando complete la ficha, cualquier integrante de la tripulación podrá ser sometida/o a otros controles por las autoridades de Salud Pública como parte de un dispositivo de prevención con controles múltiples, por ejemplo, si la temperatura corporal es igual o superior a 38 °C.

1. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano (contacto frente a frente a no más de un metro de distancia durante más de 15 minutos o contacto físico directo) con alguien que presentaba síntomas que sugirieran contagio de la COVID-19?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

2. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?:

| | | | | | | | | | |
|--------|----|--|----|--|-----|----|--|----|--|
| FIEBRE | SI | | NO | | TOS | SI | | NO | |
|--------|----|--|----|--|-----|----|--|----|--|

| | | | | |
|--------------------------|----|--|----|--|
| DIFICULTAD PARA RESPIRAR | SI | | NO | |
|--------------------------|----|--|----|--|

3. Temperatura al iniciar el servicio:

No se registró la temperatura porque la persona no se sentía/no parecía estar afiebrada

Temperatura en grados C° ___ / F° ___ : _____

Fecha: (dd/mm/aa) _____ Hora: _____

Método de lectura: Frente ___ Oído ___ Otro: _____

4. Durante los últimos 14 días, ¿ha tenido una prueba de diagnóstico de COVID-19 por PCR con resultado positivo?

| | | | |
|----|--|----|--|
| SI | | NO | |
|----|--|----|--|

Adjuntar el informe con el resultado, si lo tiene

Identificación personal:

Nombre: _____

Línea aérea / explotador de aeronaves: _____

Nacionalidad y número de pasaporte: _____

Firma: _____

Fecha (dd/mm/aa): _____

Formulario 1 de corredor sanitario (PHC)



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE B

FICHA DE CONTROL DE DESINFECCIÓN DE LA AERONAVE POR COVID-19

Número de matrícula de la aeronave: _____

La desinfección de la aeronave se realizó conforme a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, con la frecuencia determinada por las autoridades sanitarias nacionales, utilizando los productos aprobados y de conformidad con las instrucciones de aplicación del fabricante de la aeronave.

| Fecha (dd/mm/aa) | Hora (24 hs-UTC) | Aeropuerto (Código OACI) | Observaciones | Nombre de la persona encargada de la desinfección |
|--|------------------|--------------------------|---------------|---|
| | | | | |
| Zonas de la aeronave tratadas | | Desinfectante utilizado | Observaciones | Firma de la persona encargada de la desinfección |
| Puesto de pilotaje _____ Cabina de pasajeros _____ Otros: _____ _____ | | | | |

| Fecha (dd/mm/aa) | Hora (24 hs-UTC) | Aeropuerto (Código OACI) | Observaciones | Nombre de la persona encargada de la desinfección |
|--|------------------|--------------------------|---------------|---|
| | | | | |
| Zonas de la aeronave tratadas | | Desinfectante utilizado | Observaciones | Firma de la persona encargada de la desinfección |
| Puesto de pilotaje _____ Cabina de pasajeros _____ Otros: _____ _____ | | | | |

| Fecha (dd/mm/aa) | Hora (24 hs-UTC) | Aeropuerto (Código OACI) | Observaciones | Nombre de la persona encargada de la desinfección |
|--|------------------|--------------------------|---------------|---|
| | | | | |
| Zonas de la aeronave tratadas | | Desinfectante utilizado | Observaciones | Firma de la persona encargada de la desinfección |
| Puesto de pilotaje _____ Cabina de pasajeros _____ Otros: _____ _____ | | | | |

Formulario 2 de corredor sanitario (PHC)



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE C

FICHA DE CONTROL DE LIMPIEZA/DESINFECCIÓN DEL AEROPUERTO Zona del aeropuerto: _____

La desinfección de esta zona del aeropuerto se realizó conforme a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, con la frecuencia determinada por las autoridades sanitarias nacionales, usando los productos aprobados y de conformidad con las instrucciones de aplicación.

| Fecha (dd/mm/aa) | Hora (24hr) | Zonas | Producto de limpieza/desinfectante | Nombre de la persona encargada de la desinfección y firma |
|------------------|-------------|--|------------------------------------|---|
| | | Pisos Asientos Mostradores Equipos de Inspección Cintas transportadoras Pasamanos Ascensores Carros de equipaje Lavamanos Zona de embarque Postes separadores Kioskos Self Check-in Puestos de desinfección Otros | Observaciones | |

Formulario 3 de corredor sanitario (PHC)



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE D



■ TETĀ REKUÁI
■ GOBIERNO NACIONAL



FICHA DE SALUD DEL VIAJERO PARA PREVENIR EL COVID-19 / TRAVELER'S HEALTH CARD TO PREVENT COVID-19

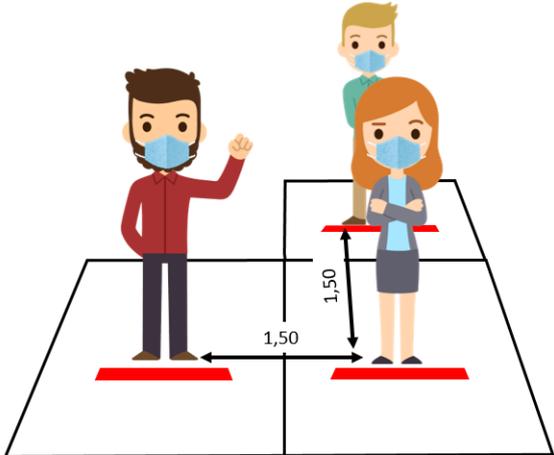
La veracidad de los datos es fundamental para la protección de su salud y la de otras personas

The veracity of the data is essential for the protection of your health and that of other people

| | | |
|---|--|--|
| Medio de transporte / Means of transportation | | |
| Aéreo / Air <input type="checkbox"/> | Terrestre / Ground | Fluvial / Riverian <input type="checkbox"/> |
| | Bus/ Bus <input type="checkbox"/> Auto/Car <input type="checkbox"/> Otros/ Other: <input type="checkbox"/> | Especificar/ specify <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| Nombre de la empresa de transporte / Company name <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| N° de vuelo o transporte / Transportation number <input style="width: 100px;" type="text"/> | | Numero de asiento / Seat number <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| INFORMACION PERSONAL / PERSONAL INFORMATION | | |
| Nombre completo/ Full name <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| N° Pasaporte/cedula de Indentidad y Pais Emisor/Passport Nr. Identity Card and Issuing Country <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Edad / Age <input style="width: 50px;" type="text"/> | Sexo / Sex <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Fecha de ingreso a Paraguay/ Date of Entry into Paraguay: / / |
| Países y ciudades por donde circulo en los ultimos 14 dias/Countries and cities you visited in the past 14 days: | | |
| Signos y Sintomas observados en los ultimos 10 dias/Signs and symptoms observed in the last 10 days | | |
| Fiebre/Fever: <input type="checkbox"/> | Tos/cough: <input type="checkbox"/> | Dificultad para respirar/Difficulty breathing <input type="checkbox"/> |
| Dolor de garganta/ Sore throat: <input type="checkbox"/> | | Otro / Other <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| Dirección para contacto en Paraguay para los próximos 14 días/Address where you can located in Paraguay over the next 14 days: | | |
| DIRECCION EN EL PAIS DE RESIDENCIA / HOME ADDRESS | | |
| Pais/Country <input style="width: 100px;" type="text"/> | Dpto/State <input style="width: 100px;" type="text"/> | Ciudad/City <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| Correo electrónico/e-mail: <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Telefonos/Phones: <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Nombre completo de persona de contacto/Full name of contact person <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| Telefonos/Phones: <input style="width: 100%;" type="text"/> | | |
| <p>Si usted viene de un país que reporta circulación de Coronavirus (COVID-19) deberá realizar aislamiento por 14 días. El incumplimiento del mismo será pasible de una sanción de 100 jornales / Travellers coming from countries with reported circulation of coronavirus (COVID-19) will have to self-isolate for a period no shorter than 14 days. Passengers failing to comply with this period of self-isolation are subject to (but not limited to) fines.</p> | | |
| <p>Por la presente declaro que toda la información suministrada precedentemente se ajusta a la verdad, es correcta y completa. La misma tiene carácter de declaración jurada, por lo que, de ser falsa, tengo conocimiento y asumo las consecuencias legales que ello implica / I hereby declare that all information priorided in this affidavit is true, correct and complete. Falsehoods will incur in legal consequences.</p> | | |

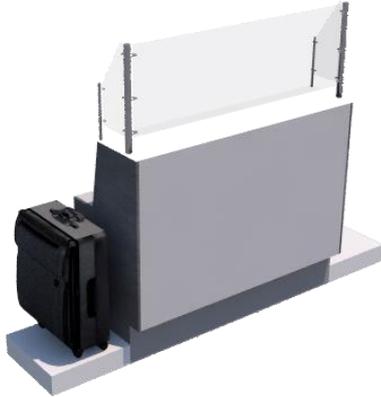
Firma del viajero/Traveller's signature

APENDICE H
SEÑALETICAS A SER IMPLEMENTADAS EN LOS AEROPUERTOS

| | |
|---|---|
|  <p>2,25 m2 por PAX</p> | <p>SEÑALETICAS DE DISTANCIAMIENTO FISICO</p>  <p>ESPERE AQUI - WAIT HERE</p> |
|    |   <p>LAVATE LAS MANOS WASH YOUR HANDS</p>  <p>MANTENGA DISTANCIA KEEP YOUR DISTANCE</p>  <p>UTILICE TAPABOCAS WEAR FACE MASK</p>  <p>ALCOHOL HAND SANITIZER</p> |

PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE I EQUIPOS Y ELEMENTOS A SER INSTALADOS EN LOS AEROPUERTOS



MOSTRADORES CON PROTECTORES ANTIFLUIDO OPERADOR / USUARIO



TOTEMS DISPENSADORES DE ALCOHOL EN GEL O SANITIZANTE



ESTACION DE SANITIZACION



BASURERO PELIGRO BIOLÓGICO





PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE E



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL - DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE COVID-19

Toda persona que presente Tos acompañado de uno o más de los siguientes:
- Fiebre (medida $\geq 37,5^\circ$ o referida) o,
- Dolor de garganta o,
- Dificultad respiratoria

Versión: 29-marzo-2020

| 1.- DATOS DEL NOTIFICANTE | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Responsable de la Notificación: _____ | | | | | | | | | | | |
| Establecimiento: _____ | | | Región Sanitaria: _____ | | | | | | | | |
| Fecha de Notificación (días/mes/año): ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 2.- DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: _____ | | | | | | | | | | | |
| Documento de Identidad N°: _____ Cédula Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> (Acepta solo documentos oficiales) | | | | | | | | | | | |
| Edad: _____ | | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Fecha de nacimiento (días/mes/año): ____/____/____ | | | | | | | |
| Departamento: _____ | | Distrito: _____ | | Barrio: _____ | | | | | | | |
| Dirección actual: _____ | | | Teléfono: _____ | | | | | | | | |
| 3.- DATOS CLINICOS | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio de síntomas (día/mes/año): ____/____/____ | | | Fecha de primera consulta (día/mes/año): ____/____/____ | | | | | | | | |
| Ambulatorio: <input type="checkbox"/> Internado: <input type="checkbox"/> Fecha de Internación / / Establecimiento internación | | | | | | | | | | | |
| Terapia Intensiva: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha internación UTI / / Requerimiento de ARM: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | |
| <i>Signos / Síntomas</i> | | <i>Si</i> | <i>No</i> | <i>Signos / Síntomas</i> | | <i>Si</i> | <i>No</i> | <i>Signos / Síntomas</i> | | <i>Si</i> | <i>No</i> |
| Fiebre referida | | | | Dolor de oído | | | | Dolor de cabeza | | | |
| Temperatura $>37,5^\circ$ C (Temp. Axilar) | | | | Dolor de garganta | | | | Inyección Conjuntival | | | |
| Coriza o rinorrea | | | | Mialgias | | | | Disnea/Taquipnea | | | |
| Congestión nasal | | | | Artralgias | | | | Dolor abdominal | | | |
| Tos | | | | Postración | | | | Convulsiones | | | |
| Dificultad para respirar | | | | Diarrea | | | | Auscultación pulmonar anormal | | | |
| Irritabilidad/Confusión | | | | Náuseas o vómitos | | | | Inyección conjuntival | | | |
| Anosmia (alteración del sentido del olfato) | | | | Disgeusia (Alteración del sentido del gusto) | | | | Otros (especificar) | | | |
| (Marcar con una cruz según corresponda si – no) | | | | | | | | | | | |
| Factores de riesgo/Comorbilidades | | | <i>Si</i> | <i>No</i> | Factores de riesgo/Comorbilidades | | | <i>Si</i> | <i>No</i> | | |
| Cardiopatía crónica | | | | | Inmunodeficiencia por enfermedad o tratamiento | | | | | | |
| Enfermedad pulmonar crónica | | | | | Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica | | | | | | |
| Asma | | | | | Síndrome de Down | | | | | | |
| Diabetes | | | | | Obesidad | | | | | | |
| Enfermedad renal crónica | | | | | Enfermedad hepática crónica | | | | | | |
| Otros (especificar) | | | | | Personal de Salud | | | | | | |
| Embarazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trimestre de embarazo: ____ Puerpera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vacunación influenza: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| 4.- ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha viajado a una zona de riesgo conocida en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| ¿Dónde?.....Desde / / Hasta / / | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha estado en contacto con una persona confirmada con COVID-19 en los últimos 14 días previos al inicio de síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Nombre del caso confirmado COVID-19: | | | | | | | | | | | |
| 5.-EXAMENES DE LABORATORIO | | | | | | | | | | | |
| Toma de muestra: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de recepción de la muestra: ____/____/____ Fecha de resultado: ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| Hisopado nasal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | Lavado Broncoalveolar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| Hisopado faríngeo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | Aspirado Traqueal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| Aspirado nasofaríngeo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | Sangre: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____ | | | | | | | | | |
| Otras muestras: Especificar..... Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de toma de muestra ____/____/____ | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Laboratorio: _____ Resultado: SARS CoV-2: POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

APENDICE G



**COMO PREVENIR EL CORONAVIRUS
COVID- 19**

PRINCIPALES SINTOMAS

- FIEBRE**
- TOS SECA
DOLOR DE GARGANTA**
- DIFICULTAD
RESPIRATORIA**

MEDIDAS DE PREVENION

- LAVATE LAS MANOS
WASH YOUR HANDS**
- MANTENGA DISTANCIA
KEEP YOUR DISTANCE**
- UTILICE TAPABOCAS
WEAR FACE MASK**
- ALCOHOL
HAND SANITIZER**

  *Paraguay de la gente*



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

APENDICE F

PROCEDIMIENTOS DE DESINFECCIÓN DE AERONAVES

- Procedimientos de desinfección de aeronaves para prevenir la diseminación de enfermedad y contener la infección y la contaminación en la fuente
- En general, la limpieza de rutina de las superficies contaminadas con jabón o detergente y agua (después de usar un kit para limpieza de derrames, si es necesario) para remover suciedad y materia orgánica, seguido del uso correcto de desinfectantes para inactivar cualquier organismo restante, constituye el manejo ambiental efectivo de los agentes sospechosos.
- Reducir el número de agentes infecciosos en una superficie mediante estos pasos minimiza las posibilidades de transferirlos a través de manos contaminadas. Los agentes que causan las enfermedades transmisibles de importancia para la salud pública son susceptibles de inactivación mediante varios desinfectantes químicos fácilmente disponibles en el comercio.
- Sin embargo, se debe tener cuidado al usar desinfectantes a bordo de las aeronaves debido a los efectos potencialmente dañinos de dichos agentes sobre los componentes de la aeronave. Solo se deben usar desinfectantes aprobados a nivel nacional para uso en aeronaves

7.1 Equipamiento del personal de limpieza:

- Guantes protectores.
- Protección para los ojos si existe peligro de salpicaduras (gafas).
- Mascarillas (Tapabocas).
- Botas
- Chalecos protectores
- Bolsa para residuos biológicos.

7.2 Procedimiento de limpieza

Los líquidos/sustancias corporales (por ejemplo, vómito de un viajero enfermo) deben primero recogerse de las superficies evidentemente contaminadas usando un material absorbente, que luego debe eliminarse. Las áreas amplias contaminadas con líquidos/sustancias corporales (por ejemplo, que cubren la mayor parte de una mesa bandeja se deben tratar con desinfectante después de la eliminación con material absorbente, luego limpiar y realizar una desinfección final. Debido a que los desinfectantes no están registrados para su uso en superficies porosas, las cubiertas de los asientos y las alfombras con áreas significativamente contaminadas deben retirarse cuidadosamente, colocarse en una bolsa rotulada y cerrada y lavarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante, o se las debe destruir. En caso de que la contaminación del asiento haya traspasado la cubierta, puede ser necesario retirar la tapicería interna del asiento para la desinfección adecuada.

Se deben limpiar las siguientes superficies y luego desinfectarlas en el asiento del (de los) caso(s) sospechosos, asiento(s) adyacente(s) en la misma hilera, hilera(s) adyacente(s) y otras áreas, como se detalla a continuación:



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

- Área del asiento
- Apoyabrazos
- Respaldos (la parte plástica y/o metálica)
- Mesas bandeja
- Seguros del cinturón de seguridad
- Controles de luz y aire, botón de llamada de la tripulación de cabina y agarraderas del compartimento superior
- Paredes y ventanas adyacentes
- Monitor de video individual
- Lavatorios
- Lavatorio o lavatorios usados por el viajero enfermo, agarradera de la puerta, dispositivo de cierre, asiento del excusado, grifo, lavamanos, paredes y estante adyacente.
- Limpiar el área de suciedad (remover sólidos y absorber desechos líquidos). Aplicar el desinfectante (véase arriba) de acuerdo con los procedimientos aprobados por el fabricante del equipo original y según las instrucciones en la etiqueta del fabricante del desinfectante.
- Una vez que el área esté mojada, usar toallas de papel para limpiar el área y desechar las toallas de papel en una bolsa para peligros biológicos.
- Usar un desinfectante adecuado.
- Asegurar el tiempo de contacto adecuado entre el desinfectante y la superficie para la destrucción de los microorganismos. Se deben seguir todas las precauciones de seguridad según se indique (por ejemplo, garantizar la ventilación adecuada en áreas cerradas como lavatorios y evitar salpicar o generar aerosoles accidentalmente).
- Cambiarse los guantes con suciedad visible.
- Retirar toda porción afectada de la alfombra.
- Enjuagar la superficie con agua, y secar. Colocar todas las toallas de papel en una bolsa para peligros biológicos.
- Quitarse los guantes y colocarlos en una bolsa de peligros biológicos.
- Cerrar la bolsa para peligros biológicos usada y asegurarse del transporte y eliminación final adecuados.
- Cuando se haya completado la limpieza y desinfección y después de quitarse los guantes, lavar inmediatamente las manos con agua y jabón, o con una solución a base de alcohol.
- Evitar tocarse el rostro con las manos con los guantes o sin lavar.



PLAN GENERAL PARA REACTIVAR LAS OPERACIONES AEREAS EN LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

- No utilizar aire comprimido y/o agua a presión para limpiar, ni ningún otro método que pudiera causar salpicaduras o volver a generar aerosoles de material infeccioso. Solo se deben utilizar aspiradoras después de que se ha realizado la desinfección adecuada.
- Operar el sistema de control ambiental de la aeronave por lo menos hasta que el viajero sospechoso haya desembarcado, o hasta que el proceso de desembarque esté completo, también puede contribuir a interrumpir la transmisión de material infeccioso y se debe realizar si concuerda con los factores de seguridad. De lo contrario, se debe brindar ventilación desde una fuente en tierra.

7.3 Equipo y suministros de desinfección

En un kit para limpieza de derrames se deben reunir previamente los siguientes materiales:

- **Bolsas para peligros biológicos:** si no se dispone de una bolsa para peligros biológicos, rotular la bolsa de residuos regular como “peligro biológico”.
- Guantes desechables (se pueden considerar materiales que no sean látex para evitar el riesgo de reacción alérgica)
- Protección para los ojos

- Toallas de papel
- Solución detergente
- Agua
- Desinfectante
- Carteles necesarios para aislar el área

Nota: Durante el vuelo, las bolsas para mareos usadas deben conservarse en el recipiente para residuos de un lavatorio. No se las debe arrojar por el excusado y a tal efecto se debe colocar un cartel en el lavatorio. El equipo de mantenimiento de excusados debe retirarlas de la aeronave y eliminarlas junto con los desechos del excusado de la aeronave. Si se usa un receptáculo específico para conservar los contenedores con las bolsas para mareos, se debe limpiar minuciosamente, lavar y desinfectar después de cada uso.
