




Anexo: Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID19



 PERÚ Ministerio de Salud		Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA DE COVID19
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN			
1. Fecha de notificación: ____/____/____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA / PNP <input type="checkbox"/> Privado	
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____			
3. IPRESS: _____			
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso			
II. DATOS DEL PACIENTE			
6. Apellidos y nombres: _____		7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/>	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____	
12. Peso: _____ gramos		13. Talla: _____ metros	
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro: _____			
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de nacionalidad: _____	
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		País de origen: _____	
17. Dirección de residencial actual: _____		País: _____	
Departamento: _____		Provincia: _____	
		Distrito: _____	
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS			
18. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha de inicio de aislamiento: ____/____/____	
19. Lugar probable de infección: _____			
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____			
20. Síntomas:			
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor de oído	
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/Confusión	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica	
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	() Muscular () Pecho	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	() Abdominal () Articulaciones	
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
21. Signos:			
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía	
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía	
<input type="checkbox"/> Convulsión		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN	
22. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo:			
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____)	<input type="checkbox"/> Post parto/aborto (x 6 semanas o 42 días)		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular	<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis			
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
23. Fecha de culminación de embarazo: ____/____/____			

24. Ocupación:

- ☐ Trabajador de salud
☐ Policía
☐ Militar
☐ Estudiante
☐ Otros, especifique:

Si es trabajador de salud, especificar profesión

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Obstetra

25. Lugar de trabajo

- ☐ Laboratorista
☐ Técnico en enfermería
☐ Otros: _____

IPRESS _____
 Departamento _____
 Provincia _____
 Distrito _____

26. Ha tenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?

- ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

Si la respuesta es Si, marque según corresponda:

- ☐ Entorno de salud
☐ Casa de reposo
☐ Desconocido

- ☐ Entorno familiar
☐ Centro penitenciario
☐ Otros, especifique: _____

- ☐ Entorno laboral
☐ Albergue

IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información)

27. Hospitalizado: ☐ Si ☐ No

28. Fecha de hospitalización: ____/____/____

29. Nombre del Hospital: _____ Tipo de seguro: _____

30. Diagnóstico de ingreso : _____

31. Signos:

- ☐ Convulsión ☐ Coma
☐ Disnea/taquipnea ☐ Auscultación pulmonar anormal
☐ Otros, especifique: _____

- ☐ Hallazgos anormales en radiografía
☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Hallazgos anormales en tomografía
☐ Hallazgos anormales en RMN

32. Servicio de hospitalización: ☐ Sala de aislamiento ☐ UCI ☐ Otro: _____

33. El paciente estuvo en ventilación mecánica: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

34. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No

35. ¿El caso tiene o estuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No

V. EVOLUCIÓN

36. Evolución del paciente: ☐ Favorable ☐ Desfavorable ☐ Falleció ☐ Alta

37. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____

38. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ 39. Hora de defunción: ____:____

40. Lugar de defunción: ☐ Hospital / Clínica ☐ Vivienda
☐ Centro de aislamiento temporal ☐ Centro penitenciario
☐ Vía pública ☐ Otros: _____

VI. LABORATORIO

41. Fecha de toma de muestra:	42. Tipo de muestra	43. Tipo de prueba	44. Resultado	45. Fecha de resultado
1 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
2 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
3 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____

VII. INVESTIGADOR

46. Persona que llena la ficha: _____

47. Firma y sello