



Anexo: Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID19



PERU

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: ___/___/___

2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____

3. IPRESS: _____

5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso

4. Inst. Adm: MINSa EsSalud FFAA / PNP Privado

II. DATOS DEL PACIENTE Jose Antonio Culqueiconolev Zuvate

6. Apellidos y nombres: _____ 7. N° Teléfono: 9323 73889

8. Fecha de nacimiento: 2014/12/00 9. Edad: 23 Año Mes Día

10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____

12. Peso: 76 gramos 13. Talla: 1.80 metros

14. Etnia o raza Mestizo Andino Asiático descendiente
 Afrodescendiente Indígena amazónico Otro: _____

15. Nacionalidad Peruano Extranjero País de nacionalidad: Peru

16. Migrante Si No País de origen: Peruano

17. Dirección de residencial actual: Ps) Hermondo de Luque 221 País: Peru
Departamento: tumbes Provincia: tumbes Distrito: tumbes

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 deñ embarazo: ___/___/___

ión:

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

Disnea/taquipnea

Otros, especifique: _____

Coma

Auscultación pulmonar anormal

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