

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: / /	4. Inst. Adm:	☐ MINSA
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		☐ EsSalud
3. EESS: _____		☐ FFAA / PNP
5. Clasificación del caso:	☐ Confirmado	☐ Sospechoso
	☐ Probable	☐ Descartado
Estudio de reinfección: ☐ (Se deberá completar además la sección IX)		☐ Privado
	6. Inst. cerrada	☐ Si ☐ No
	☐ EESS	☐ IE
	☐ CP	☐ Otros

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____			8. N° Teléfono: _____		
9. Fecha de nacimiento: ____/____/____			10. Edad: ____ Tipo edad ☐ Años ☐ Meses ☐ Días		
11. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino			12. Tipo de documento: _____ N° _____		
13. Peso: gramos			14. Talla: metros		
15. Etnia o raza ☐ Mestizo ☐ Asiático descendiente ☐ Afrodescendiente			☐ Andino Pueblo etnico: _____ ☐ Indígena amazónico Pueblo etnico: _____ ☐ Otro: _____		
16. Nacionalidad ☐ Peruano ☐ Extranjero			País de nacionalidad _____		
17. Migrante ☐ Si ☐ No			País de origen _____		
18. Dirección de residencia actual: _____			País: _____		
Departamento: _____		Provincia: _____		Distrito: _____	
Tipo de vía: 1. Alameda ☐ 5. Pasaje ☐ N° de puerta: _____ 2. Avenida ☐ 6. Otros ☐ Nombre de la vía: _____ 3. Calle ☐ 7. No indica/No responde ☐ _____ 4. Jirón ☐					
Agrupamiento urbano/rural: 1. Asentamiento Humano ☐ 4. Urbanización ☐ 2. Asociación ☐ 5. Otros ☐ 3. Grupo ☐ 6. No indica/No responde ☐					
Nombre del agrupamiento urbano/rural: _____					
Manzana: _____		Block: _____		Interior: _____	
Referencia: _____		Kilómetro: _____		Lote: _____	

III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS

19. Tipo de caso: ☐ Sintomático ☐ Asintomático

20. Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____ 21. Fecha de inicio de aislamiento: ____ / ____ / ____

22. Síntomas:

☐ Tos	☐ Malestar general	☐ Dolor de oído
☐ Dolor de garganta	☐ Diarrea	☐ Irritabilidad/confusión
☐ Congestión nasal	☐ Náuseas/vómitos	☐ Dolor muscular
☐ Dificultad respiratoria	☐ Cefalea	☐ Dolor abdominal
☐ Fiebre	☐ Anosmia	☐ Dolor de pecho
☐ Escalofrío	☐ Ageusia	☐ Dolor de articulaciones
☐ Otros, especificar:		

23. Signos:

☐ Exudado faríngeo	☐ Disnea/taquipnea	☐ Hallazgos anormales en radiografía
☐ Inyección conjuntival	☐ Auscultación pulmonar anormal	☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Convulsión		☐ Hallazgos anormales en tomografía
☐ Otros, especificar: _____		☐ Hallazgos anormales en RMN

24. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo

☐ Mayor de 65 años	☐ Post parto/aborto (<6 semanas o < 42 días)
☐ Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	☐ Inmunodeficiencia (incluye VIH)
☐ Diabetes Mellitus (Tipo I y II)	☐ Enfermedad renal crónica
☐ Enfermedad cerebro vascular	☐ Enfermedad pulmonar crónica
☐ Síndrome de Down	☐ Cáncer
☐ Obesidad	☐ Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas
☐ Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas)	Fecha de culminación del embarazo _____ / _____ / _____
☐ Otros, especificar: _____	

25. Ocupación

☐ Trabajador de Salud	Si es trabajador de salud, especificar profesión:	☐ Médico	☐ Laboratorista
☐ Policía		☐ Enfermera	☐ Técnico en enfermería
☐ Militar		☐ Obstetra	☐ Otros _____
☐ Estudiante			
☐ Otros especificar _____			

26. Lugar de trabajo

EESS _____

Departamento _____

Provincia _____

Distrito _____

27. ¿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	☐ Entorno familiar	☐ Entorno laboral
☐ Casa de reposo	☐ Centro penitenciario	☐ Albergue
☐ Desconocido	☐ Otros, especifique: _____	

28. ¿Vacunado contra la COVID-19?

☐ Si ☐ No

1º dosis	☐	Fecha	____ / ____ / ____	Tipo vacuna	_____
2º dosis	☐	Fecha	____ / ____ / ____	Tipo vacuna	_____
Dosis adicional	☐	Fecha	____ / ____ / ____	Tipo vacuna	_____

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

29. Hospitalizado: ☐ Si ☐ No

30. Fecha de hospitalización: _____ / _____ / _____

31. Nombre del Hospital: _____

32. Tipo de seguro: _____

33. Referido: ☐ Si ☐ No Referencia de origen: _____

Fecha de referencia: _____ / _____ / _____

34. Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19 ☐ Si ☐ No

35. Signos presentados en la hospitalización:

☐ Convulsión	☐ Coma	☐ Hallazgos anormales en radiografía
☐ Disnea/taquipnea	☐ Auscultación pulmonar anormal	☐ Hallazgos anormales en ecografía
☐ Otros, especificar: _____		☐ Hallazgos anormales en tomografía
		☐ Hallazgos anormales en RMN

Lugar de hospitalización

Fecha de ingreso

Fecha de alta

36. Servicio:	☐ Unidad de Cuidados Intensivos	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
	☐ Unidad de Cuidados Intermedios	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
	☐ Trauma shock	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
	☐ Sala de aislamiento	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
	☐ Otro _____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

37. ¿El paciente estuvo en ventilación mecánica? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido
38. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No
39. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? ☐ Si ☐ No
40. ¿El paciente presentó IAAS? ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

V. CONDICIÓN DE EGRESO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

41. Motivo de Egreso: ☐ Alta médica ☐ Alta voluntaria ☐ Referido ☐ Fallecido
42. Fecha de alta, si aplica: ____ / ____ / ____ 43. Fecha de referencia, si aplica: ____ / ____ / ____

VI. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

44. Evolución del paciente: ☐ Recuperado ☐ Favorable ☐ Desfavorable ☐ Fallecido

VII. MUERTE ASOCIADA A COVID-19 - SI EL PACIENTE FALLECIÓ CONSIGNAR ESTA SECCIÓN

45. Fecha de defunción, si aplica: ____ / ____ / ____ 46. Hora de defunción: ____ : ____
47. Lugar de defunción: ☐ Hospital / Clínica ☐ Vivienda
☐ Centro de aislamiento temporal ☐ Centro penitenciario
☐ Vía pública ☐ Otros: _____
48. Clasificación de la muerte por COVID-19 ☐ Muerte sospechosa de la COVID-19 (en investigación)
☐ Muerte por COVID-19 ☐ Muerte por No COVID-19
49. Criterio de la Muerte por COVID-19 ☐ 1. Viroológico ☐ 4. Nexo epidemiológico
☐ 2. Serológico ☐ 3. Radiológico ☐ 7. SINADEF
☐ 5. Investigación epidemiológica ☐ 6. Clínico

VIII. LABORATORIO (correspondiente a evento actual)

50. Prueba Molecular Resultado
Fecha de Toma de Muestra: ____ / ____ / ____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____ / ____ / ____ | Positivo
51. Prueba Antigénica | Negativo
Fecha de Toma de Muestra: ____ / ____ / ____ Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado: ____ / ____ / ____ | Positivo
52. Secuenciamiento genético: ☐ Si ☐ No | Negativo
53. Motivo de solicitud: _____ 54. Linaje: _____

IX. REINFECCIÓN

Primera Infección (Antecedentes)

55. Presentó síntomas: ☐ Si ☐ No
56. Fecha de Inicio de Síntomas: ____ / ____ / ____
57. Prueba confirmatoria inicial: ☐ Prueba molecular ☐ Prueba antigénica ☐ Prueba serológica
58. Fecha de resultado: ____ / ____ / ____
59. Clasificación de la reinfección:
☐ Reinfección sospechosa
☐ Reinfección probable
☐ Reinfección confirmada

X. INVESTIGADOR

60. Persona que llena la ficha:
61. Firma y sello