


DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

ANEXO 01: FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE COVID-19

		FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19	
I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN			
1. Fecha de notificación: ____/____/____		4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA	
2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____		<input type="checkbox"/> Essalud	
3. IPRESS: _____		<input type="checkbox"/> FFAA/PNP	
5. Clasificación del caso <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso		<input type="checkbox"/> Privado	
<input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Descartado			
Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (se deberá completar además la sección VII)			
II. DATOS DEL PACIENTE			
6. Apellidos y nombres: _____		7. N° Teléfono: _____	
8. Fecha de Nacimiento: ____/____/____		9. Edad: ____ Tipo edad <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		11. Tipo de documento: _____ N° _____	
12. Peso: _____ gramos		13. Talla _____ metros	
14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> No	
15. Nacionalidad _____		Pueblo étnico: _____	
16. Migrante _____		Pueblo étnico: _____	
17. Dirección de residencia actual: _____		País de nacionalidad: _____	
Urb/Área: _____		País de origen: _____	
Nombre de la vía: _____		Localidad: _____	
Departamento: _____		Lote/Nro: _____	
Provincia: _____		Distrito _____	
III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS			
18. Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático			
19. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		Fecha inicio de aislamiento: ____/____/____	
21. 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	
<input type="checkbox"/> Congestión Nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/ vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	
<input type="checkbox"/> Dificultad Respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Anosmia	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	
<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Ageusia	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	
<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____			
22. 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: _____			
23. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo			
<input type="checkbox"/> Mayor de 65 años	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH)		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica		
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Tipo I y II)	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebro vascular	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de órganos y/o células madre sanguíneas		
<input type="checkbox"/> Obesidad	Fecha probable de parto ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Embarazo (Edad gestacional: _____ semanas)			
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____			
24. Ocupación			
<input type="checkbox"/> Trabajador de Salud	Si es trabajador de salud, especificar profesión:		
<input type="checkbox"/> Policía	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Laboratorista	
<input type="checkbox"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería	
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra	<input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Otros especificar _____	25. Lugar de trabajo _____	IPRESS _____	
		Departamento _____	
		Provincia _____	
		Distrito _____	

DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PERÚ

26. ¿Ha mantenido contacto directo con un caso sospechoso, probable o confirmado en los 14 días previos al inicio de síntomas?
 Sí No Desconocido
 Si la respuesta es sí marque según corresponda:
 Entorno de salud Entorno familiar Entorno laboral
 Casa de reposo Centro penitenciario Albergue
 Desconocido Otros, especifique: _____

27. ¿Vacunado contra la COVID-19?
 Sí No
 1° dosis Fecha / / Tipo vacuna
 2° dosis Fecha / / Tipo vacuna
 Dosis adicional Fecha / / Tipo vacuna

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

28. Hospitalizado Sí No 29. Fecha de Hospitalización / /
 30. Nombre del Hospital: _____ Tipo de seguro _____
 31. Referido: Sí No Referencia de origen: _____
 Fecha de referencia: / /
 32. Diagnósticos de ingreso relacionado a COVID-19 Sí* No
 33. Signos presentados en la hospitalización
 Convulsión Coma Hallazgos anormales en la radiografía
 Disnea/ taquipnea Auscultación anormal pulmonar Hallazgos anormales en la ecografía
 Otros, especificar: _____ Hallazgos anormales en la tomografía
 Hallazgos anormales en RMN

34. Servicio: Lugar de hospitalización Fecha de ingreso: Fecha de alta:
 Unidad de Cuidados Intensivos / / / /
 Unidad de Cuidados Intermedios / / / /
 Trauma shock / / / /
 Sala de aislamiento / / / /
 Otro _____ / / / /

35. ¿El paciente estuvo en ventilación mecánica? Sí No Desconocido
 36. ¿El caso esta o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Sí No Desconocido
 37. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? Sí No Desconocido
 38. ¿El paciente presento IAAS? Sí No Desconocido

V. CONDICIONES DE EGRESO DEL PACIENTE

39. Motivo del egreso: Alta Médica Alta Voluntaria Fallecido
 Referido Fallecido
 40. Fecha de alta si aplica: / / 41. Fecha de referencia, si aplica: / /
 42. Fecha de defunción, si aplica: / / 43. Hora de defunción: _____
 44. Lugar de defunción: Hospital/ Clínica Vivienda
 Centro de aislamiento temporal Centro penitenciario
 Vía pública Otros: _____

VI. LABORATORIO (correspondiente a evento actual) – solo consignar si el resultado es positivo

45. Prueba Molecular Resultado
 Fecha de toma de muestra: / / Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado / / Positivo
 46. Prueba Antigénica Negativo
 Fecha de toma de muestra: / / Tipo de Muestra: _____ Fecha de resultado / / Positivo
 47. Secuenciamiento genético: Sí No 48. Motivo de solicitud: _____ Negativo
 49. Linaje: _____

VII. REINFECCIÓN

Primera Infección (Antecedentes):
 50. Presentó síntomas Sí No
 51. Fecha de Inicio de Síntomas: / /
 52. Prueba confirmatoria inicial: Prueba molecular Prueba antigénica Prueba serológica
 53. Fecha de resultado: / /
 54. Clasificación de la reinfección:
 Reinfección sospechosa
 Reinfección probable
 Reinfección confirmada

VIII. INVESTIGADOR

55. Persona que llena la ficha: _____
 56. Firma y sello: _____