

## 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	
<b>I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN</b>			
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)			
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>			
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"/> Andino		Pueblo étnico: _____	
<input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico		Pueblo étnico: _____	
<input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Otro: _____		País de nacionalidad: _____	
15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero		País de origen: _____	
16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Localidad: _____	
17. Dirección de residencia actual: _____		Lote/Nro: _____	
Urb/Área: _____		País: _____	
Nombre de la vía: _____		Tipo de vía: _____	
Departamento: _____		Provincia: _____	
		Distrito _____	
<b>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS</b>			
18. Tipo de caso: <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático		Fecha inicio de aislamiento: ____/____/____	
19. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____			
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  
 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: \_\_\_\_\_