



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ___/___/___

2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____

3. EESS: _____

5. Clasificación del caso:
[] Confirmado [] Sospechoso
[] Probable [] Descartado

Estudio de reinfección: [] (Se deberá completar además la sección IX)

4. Inst. Adm:
[] MINSA
[] EsSalud
[] FFAA / PNP
[] 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 [] Andino Pueblo etnico: _____
[] Asiático descendiente [] Indígena amazónico Pueblo etnico: _____
[] Afrodescendiente [] 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: _____ Kilómetro: _____ Lote: _____

Referencia: _____

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:

<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

24. Condiciones de comorbilidad o factores de riesgo

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

25. 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"/> Militar	<input type="checkbox"/> Enfermera
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Obstetra
<input type="checkbox"/> Otros especificar _____	<input type="checkbox"/> Laboratorista
	<input type="checkbox"/> Técnico en enfermería
	<input type="checkbox"/> Otros _____
	EESS _____
	Departamento _____
	Provincia _____
	Distrito _____

26. Lugar de trabajo

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:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Entorno laboral
<input type="checkbox"/> Casa de reposo	<input type="checkbox"/> Centro penitenciario	<input type="checkbox"/> Albergue
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

28. ¿Vacunado contra la COVID-19?

Si No

1º dosis	<input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text" value="/ /"/>	Tipo vacuna	<input type="text"/>
2º dosis	<input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text" value="/ /"/>	Tipo vacuna	<input type="text"/>
Dosis adicional	<input type="checkbox"/>	Fecha	<input type="text" value="/ /"/>	Tipo vacuna	<input type="text"/>

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:

<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en radiografía
<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en ecografía
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía
		<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN

	Lugar de hospitalización	Fecha de ingreso	Fecha de alta
36. Servicio:	<input type="checkbox"/> Unidad de Cuidados Intensivos	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>
	<input type="checkbox"/> Unidad de Cuidados Intermedios	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>
	<input type="checkbox"/> Trauma shock	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>
	<input type="checkbox"/> Sala de aislamiento	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>
	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="text" value="/ /"/>	<input type="text" value="/ /"/>

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 5, Investigación epidemiológica 6, Clínico 7, SINADEF

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