


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

Anexo 1: Ficha de investigación clínico epidemiológica de COVID19

|  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: ____/____/____ | | 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"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso | | <input type="checkbox"/> Privado | |
| II. DATOS DEL PACIENTE | | | |
| 6. Apellidos y nombres: _____ | | 7. N° Teléfono: _____ | |
| 8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ | | 9. Edad: ____ Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día | |
| 10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____ | |
| 12. Peso: _____ gramos | | 13. Talla: _____ metros | |
| 14. Etnia o raza <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Andino <input type="checkbox"/> Asiático descendiente | | | |
| <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| 15. Nacionalidad <input type="checkbox"/> Peruano <input type="checkbox"/> Extranjero | | País de nacionalidad _____ | |
| 16. Migrante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | País de origen _____ | |
| 17. Dirección de residencia actual: _____ | | País: _____ | |
| Departamento: _____ | | Provincia: _____ | |
| | | Distrito: _____ | |
| 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 (≤ 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 del embarazo: ____/____/____ | | | |



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

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| 24. Ocupación | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de Salud | → Si es trabajador de salud, especifique 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 especifique _____ | 25. Lugar de trabajo | | | |
| | 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? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | |
| Si la respuesta es sí, 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: _____ | | | |
| IV. HOSPITALIZACIÓN (Si fue hospitalizado, complete la siguiente información) | | | | |
| 27. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | 28. Fecha de hospitalización: ____/____/____ | | |
| 29. Nombre del Hospital: _____ | | Tipo de seguro: _____ | | |
| 30. Diagnóstico de ingreso: _____ | | | | |
| 31. Signos: | | | | |
| <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, especifique: _____ | | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en tomografía | | |
| | | <input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en RMN | | |
| 32. Servicio de hospitalización: <input type="checkbox"/> Sala de aislamiento <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | |
| 33. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | |
| 34. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 35. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| VI. EVOLUCIÓN | | | | |
| 36. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Alta | | | | |
| 37. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____ | | | | |
| 38. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____ | | | | |
| 39. Hora de defunción: ____:____ | | | | |
| 40. Lugar de defunción: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hospital / Clínica | <input type="checkbox"/> Vivienda | | | |
| <input type="checkbox"/> Centro de aislamiento temporal | <input type="checkbox"/> Centro penitenciario | | | |
| <input type="checkbox"/> Vía pública | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |
| V. LABORATORIO | | | | |
| 41. Fecha de toma de muestra: ____/____/____ | 42. Tipo de muestra _____ | 43. Tipo de prueba | 44. Resultado | 45. Fecha resultado ____/____/____ |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba molecular | <input type="checkbox"/> Positivo | |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba antigénica | <input type="checkbox"/> Negativo | |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba serológica | | |
| 2 ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> Prueba molecular | <input type="checkbox"/> Positivo | ____/____/____ |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba antigénica | <input type="checkbox"/> Negativo | |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba serológica | | |
| 3 ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> Prueba molecular | <input type="checkbox"/> Positivo | ____/____/____ |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba antigénica | <input type="checkbox"/> Negativo | |
| | | <input type="checkbox"/> Prueba serológica | | |
| VI. INVESTIGADOR | | | | |
| 45. Persona que llena la ficha: _____ | | | | |
| 46. Firma y sello | | | | |

