



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. EESS: _____ | <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 | 6. Inst. cerrada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Estudio de reinfección: <input type="checkbox"/> (Se deberá completar además la sección IX) | <input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> IE |
| | <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> 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:

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