



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. IPRESS: _____

5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso

4. Inst. Adm: MINSA
 EsSalud
 FFAA / PNP
 Privado

II. DATOS DEL PACIENTE

6. Apellidos y nombres: _____ 7. N° Teléfono: _____

8. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 9. Edad: ____ Año Mes Día

10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI/CE/Pasaporte: _____

12. Peso: _____ gramos 13. Talla: _____ metros

14. Etnia o raza Mestizo Andino Asiático descendiente
 Afrodescendiente Indígena amazónico Otro _____

15. Nacionalidad Peruano Extranjero País de nacionalidad _____

16. Migrante Si 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: ____/____/____

24. Ocupación

- Trabajador de Salud
- Policía
- Militar
- Estudiante
- Otros especificar _____

Si es trabajador de salud, especificar profesión:

- Médico
- Enfermera
- Obstetra
- Laboratorista
- Técnico en enfermería
- Otros _____

25. Lugar de trabajo

IPRESS _____
 Departamento _____
 Provincia _____
 Distrito _____

26. ¿Ha tenido contacto directo con una 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:

- Entorno de salud
- Entorno familiar
- Entorno laboral
- Casa de reposo
- Centro penitenciario
- Albergue
- Desconocido
- Otros, especifique: _____

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

27. Hospitalizado: Si No

28. Fecha de hospitalización: ____/____/____

29. Nombre del Hospital: _____ Tipo de seguro: _____

30. Diagnóstico de ingreso: _____

31. Signos:

- Convulsión
- Disnea/taquipnea
- Otros, especifique: _____
- Coma
- Auscultación pulmonar anormal
- Hallazgos anormales en radiografía
- Hallazgos anormales en ecografía
- Hallazgos anormales en tomografía
- Hallazgos anormales en RMN

32. Servicio de hospitalización: Sala de aislamiento UCI Otro _____

33. El paciente estuvo en ventilación mecánica: Si No Desconocido

34. ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Si No

35. ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad? Si No

VI. EVOLUCIÓN

36. Evolución del paciente: Favorable Desfavorable Falleció Alta

37. Fecha de alta, si aplica: ____/____/____

38. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____

39. Hora de defunción: ____:____

40. Lugar de defunción: Hospital / Clínica Vivienda
 Centro de aislamiento temporal Centro penitenciario
 Vía pública 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"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
2 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____
3 ____/____/____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba molecular <input type="checkbox"/> Prueba antigénica <input type="checkbox"/> Prueba serológica	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	____/____/____

VI. INVESTIGADOR

45. Persona que llena la ficha: _____

46. Firma y sello