


Anexo 1

Ficha para investigación epidemiológica del COVID-19

 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: _____	4. Inst. Adm: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> Privado	
5. Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sospechoso		
6. Detectado en punto de entrada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si la respuesta es si, fecha: ____/____/____ Lugar: _____		
II. DATOS DEL PACIENTE		
7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____		
8. Fecha de nacimiento: ____/____/____	9. Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día	
10. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____		
INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE		
13. Dirección de residencia actual: _____ País: _____		
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____		
III. CUADRO CLÍNICO		
14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____		
15. Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:		
16. Fecha de hospitalización: ____/____/____	Nombre del Hospital: _____	
17. Aislamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de aislamiento: ____/____/____	
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido		
19. Evolución del paciente: <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Falleció <input type="checkbox"/> Desconocido		
20. Fecha de defunción, si aplica: ____/____/____		
21. Síntomas:		
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Diarrea	() Muscular () Pecho
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	() Abdominal () Articulaciones
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	
<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		
22. Signos:		
Temperatura: ____ °C		
<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal	
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		

23. Condiciones de comorbilidad

- Embarazo (Trimestre: _____)
- Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión)
- Diabetes
- Enfermedad hepática
- Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular
- Otros, especificar: _____

- Pos parto (< 6 semanas)
- Inmunodeficiencia (incluye VIH)
- Enfermedad renal
- Daño hepático
- Enfermedad pulmonar crónica
- Cáncer

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación

- Estudiante
- Trabaja con animales
- Trabajador de salud en laboratorio
- Trabajador de salud
- Otros, especificar: _____

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? Si No Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

País	Ciudad
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días antes del inicio de síntomas?

Si No Desconocido Si la respuesta es Si, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido el paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

Entorno de salud Entorno familiar Lugar de trabajo _____
 Desconocido Otros, especifique: _____

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días antes del inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:

Caso 1: _____

Caso 2: _____

Caso 3: _____

Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

Entorno de salud Entorno familiar Lugar de trabajo _____
 Desconocido Otros, especifique: _____

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días antes del inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____

32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____

34. ¿Se realizó secuenciamiento? Si No Desconocido


35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____

VI. INVESTIGADOR

36. Persona que llena la ficha: _____

37. Firma y sello: _____

Anexo 2
Ficha de identificación de contacto - COVID-19

	PERÚ	Ministerio de Salud	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades	FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO COVID-19
I. DATOS GENERALES DEL CASO CONFIRMADO				
Fecha investigación: ____/____/____				
Nombre del caso confirmado: _____ DNI/CE/Pasaporte: _____				
II. DATOS DEL CONTACTO				
Apellidos y nombres: _____				
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día				
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino DNI/CE/Pasaporte: _____				
Correo electrónico: _____ N° Teléfono: _____				
Dirección de residencia actual: _____				
Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____				
Tipo de contacto: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Centro laboral <input type="checkbox"/> Centro estudios <input type="checkbox"/> EESS <input type="checkbox"/> Evento social <input type="checkbox"/> Atención médica domiciliaria <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Fecha de contacto: ____/____/____				
Factores de riesgo y comorbilidad				
<input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____)		<input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas)		
<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"/> Daño hepático		
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular		<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica		
<input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Cáncer		
III. EL CONTACTO ES UN CASO SOSPECHOSO				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
IV. INVESTIGADOR				
Persona que llena la ficha: _____ N° Teléfono: _____				
Firma y sello _____				