



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: [] MINSA [] EsSalud [] Privado
5. Clasificación del caso: [] Confirmado [] Probable [] Sospechoso
6. Detectado en punto de entrada: [] Si [] No [] Desconocido
Si la respuesta es si, fecha: ___/___/___ Lugar _____

II. DATOS DEL PACIENTE

- 7. Apellidos y nombres: _____ N° Teléfono: _____
8. Fecha de nacimiento: ___/___/___ 9. Edad: _____ [] Año [] Mes [] Día
10. Sexo: [] Masculino [] 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: [] Si [] No [] Desconocido
Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:
16. Fecha de hospitalización: ___/___/___ Nombre del Hospital: _____
17. Aislamiento: [] Si [] No Fecha de aislamiento: ___/___/___
18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: [] Si [] No [] Desconocido
19. Evolución del paciente: [] Recuperado [] No recuperado [] Falleció [] Desconocido
20. Fecha de defunción, si aplica: ___/___/___

21. Síntomas:

- [] Tos [] Malestar general [] Dolor Marque todos los que aplica:
[] Dolor de garganta [] Diarrea () Muscular () Pecho
[] Congestión nasal [] Náuseas/vómitos () Abdominal () Articulaciones
[] Dificultad respiratoria [] Cefalea
[] Fiebre/escalofrío [] Irritabilidad/confusión
[] Otros, especifique: _____

22. Signos:

- Temperatura: _____ °C
[] Exudado faríngeo [] Coma [] Hallazgos anormales en Rx pulmonar
[] Inyección conjuntival [] Disnea/taquipnea
[] Convulsión [] Auscultación pulmonar, anormal
[] Otros, especifique: _____

23. Condiciones de 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 |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Trabajador de salud |
| <input type="checkbox"/> Trabaja con animales | <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio | |

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:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Entorno de salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> 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: _____