



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: _____

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

10. Sexo: Masculino Femenino 11. N° DNI: _____ N° Teléfono: _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCION

12. Lugar donde el caso fue diagnosticado

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

13. Dirección de residencia actual: _____

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

III. CUADRO CLÍNICO

14. Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Asintomático Desconocido

15. Hospitalizado: Si No Desconocido

Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:

16. Fecha de hospitalización: ____/____/____ 34. 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:

- | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica: |
| <input type="checkbox"/> Malestar general | <input type="checkbox"/> Diarrea | () Muscular () Pecho |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos | () Abdominal () Articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Cefalea | |
| <input type="checkbox"/> Congestión nasal | <input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | | |

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, 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 previos al 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 previos al 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 previos al 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

54. Persona que llena la ficha: _____

55. Firma y sello: _____