

Datos de filiación del enfermo:

1º apellido: _____ 2º apellido: _____
 Nombre: _____ Fecha de nacimiento: __/__/____,
 Edad: ____ en años, Edad en meses en menores de dos años____, Edad en días en menores de 1 mes ____
 Sexo: Femenino () Masculino () Teléfono: __._____
 Domicilio actual: _____
 Localidad: _____ Provincia _____
 País de residencia actual: _____ País de nacimiento: _____

¿Pertenece a una agregación de casos?: SI () NO (),

En caso afirmativo: Nº de identificación REVISa del caso índice: _____

¿Es trabajador del sector sanitario? SI () NO (), En caso afirmativo indicar:

() Médico () Enfermero () Auxiliar () Otro profesional sanitario y no sanitario: _____

Posible fuente de contagio: () Atención a pacientes de COVID-19 () Otra.

¿Es trabajador Socio Sociosanitario? SI () NO () **¿Es interno de centro sociosanitario?** SI () NO ()

Lugar de trabajo / centro socio-sanitario: _____

Asintomático SI () NO (), en caso negativo, **fecha de inicio de los primeros síntomas** __/__/____

Síntomas	SI	NO
Fiebre (*)		
Tos		
Dolor de garganta		
Escalofríos		
Dificultad respiratoria		
Vómitos		
Diarrea		

Criterios de gravedad	SI	NO
Neumonía		
Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo		
Otros cuadros respiratorios graves		
Fallo renal agudo		

(*) en caso afirmativo indicar grados: ____ °C

Factores de riesgo y enfermedad base: SI () NO () NS/NC (), en caso afirmativo especificar:

() Diabetes () Enfermedad Cardiovascular () Hipertensión arterial () Enfermedad Pulmonar crónica
 () Otra: especificar: _____

Ingreso en hospital: SI () NO (), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): __/__/____, Fecha de alta (dd/m/aa) __/__/____

Centro _____ Servicio _____

Ingreso en UCI: SI () NO (), en caso afirmativo:

Fecha de ingreso (dd/mm/aa): __/__/____, Fecha de alta (dd/m/aa) __/__/____

Ventilación mecánica: SI () NO ()

Resultado: () Vivo y recuperado al final del seguimiento, fecha de alta epidemiológica (dd/mm/aa): __/__/____

() Defunción, fecha de defunción (dd/mm/aa): __/__/____,

() Desconocido.

Pruebas de laboratorio: PCR..... positiva () negativa ()

Test antígeno..... positiva () negativa ()

Test IgM..... positiva () negativa ()

Test IgG..... positiva () negativa ()

Anticuerpos totales.... positiva () negativa ()

No se ha realizado prueba diagnóstica ()

Clasificación del caso: () No caso

() Probable:..... por clínica () por vínculo ()

() Confirmado:.... fecha de diagnóstico de laboratorio (dd/mm/aa): __/__/____,

Asociado a brote: SI () NO () NS/NC (), Código de identificación de brote para la CCAA _____

Observaciones:

Fecha de cumplimentación: __/__/____.

Firma: _____

Persona que cumplimenta la ficha: _____