

 <b>Castilla-La Mancha</b>		
		<b>VERSIÓN: 5</b>
<b>CONSEJERÍA DE SANIDAD</b> <b>DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA</b>		<b>COD.</b> <b>FECHA APROBACIÓN:</b> <b>06/03/2020</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS DE INFECCIÓN POR EL NUEVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)</b>		

## ANEXO 1.

# ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CASO EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

<b>Elaborado:</b>  Servicio de Epidemiología DGSP	<b>Revisado:</b>  Consejo Asesor Enfermedades Emergentes DGSP	<b>Aprobado:</b>  06/03/2020	<b>Modificaciones:</b>  06/03/2020
---	---	------------------------------------	--

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**Datos del Paciente**

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_-\_\_-\_\_ Edad en Años: \_\_\_\_ Edad en Meses (<2 años): \_\_\_\_

Sexo:      Hombre            Mujer            CIP: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Lugar de Residencia:**

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Año de Llegada a España: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de Estudios/Trabajo: \_\_\_\_\_

**Datos de la Enfermedad**

Fecha de Inicio de Síntomas: \_\_-\_\_-\_\_

<b>Manifestaciones Clínicas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NC</b>	
Fiebre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatura: ___
Tos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de Garganta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escalofríos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad Respiratoria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vómitos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Síndrome Distrés Respiratorio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Cuadros Respiratorios Graves:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fracaso Renal Agudo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

Otros Signos/Síntomas:

Citar Otros Síntomas: \_\_\_\_\_

Factores de Riesgo y Enfermedad de Base: **Sí**  **No**  **NC**

Diabetes:  Enfermedad Cardiovascular:  Hipertensión:

Enfermedad Hepática Crónica:  Enfermedad Renal Crónica:

Enfermedad Neurológica  o Neuromuscular Crónica:  EPOC:

Inmunodeficiencia:  Embarazo:  Trimestre: \_\_\_\_\_

Post-Parto (< 6 semanas):  Cáncer:  Otra:

Donación de sangre en los últimos 90 días: **Sí**  **NO**

Recepción de hemoderivados en los últimos 90 días: **Sí**

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **NO**

Citar Otra Enfermedad de Base: \_\_\_\_\_

Complicaciones: **Sí**  **No**  **NC**

Citar Complicaciones: \_\_\_\_\_

Hospitalizado: **Sí**  **No**  Fecha de Ingreso Hospitalario: \_\_-\_\_-\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Número Historia: \_\_\_\_\_

Ingreso en UCI: **Sí**  **No**  Fecha de Ingreso en UCI: \_\_-\_\_-\_\_

Fecha de Alta en UCI: \_\_-\_\_-\_\_ Ventilación Mecánica: **Sí**  **No**

Fecha de Alta Hospitalaria: \_\_-\_\_-\_\_ Municipio del Hospital: \_\_\_\_\_

**Resultado Clínico:**

Pendiente:  Vivo Recuperado:  Muerte por COVID-19:

Muerte por Causa Desconocida:  Fecha de Alta/Defunción: \_\_-\_\_-\_\_

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**Datos Epidemiológicos**

**Antecedentes de Riesgo en los 14 Días Previos al Inicio de Síntomas:**

🕒 ¿Ha Tenido Contacto Estrecho con un Enfermo de Infección Respiratoria Aguda?:

Sí  No  NC

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar, ...): \_\_\_\_\_

🕒 ¿Ha Tenido Contacto Estrecho con un Caso de COVID-19 (Probable o Confirmado):

Sí  No  NC

**En Caso Afirmativo:** Código de Caso: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- Tipo de Contacto: Personal Sanitario  Conviviente  Otro

- Lugar del Contacto: Centro Sanitario: Sí  No  NC

En Caso Afirmativo, Nombre del Centro: \_\_\_\_\_

Si Otro Ámbito, Citar: \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

**Fecha del Último Día de Contacto (dd/mm/aaaa):** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

🕒 ¿Ha Viajado a Alguna de las Zonas consideradas de Riesgo?

Sí:  No:  No Consta:

**Fechas:**

Entrada en Zona Riesgo: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ Salida de Zona de Riesgo: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

Regreso a España: \_\_-\_\_-\_\_\_\_ Vuelo/Número Asiento: \_\_\_\_\_

🕒 ¿Ha Viajado a Otras Provincias de China o a Otros Lugares?

Sí  No  NC

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**En Caso Afirmativo, Especificar Lugares y Fechas (Incluidos dentro de España):**

País	Fecha de Entrada (dd/mm/aaaa)	Fecha de Salida (dd/mm/aaaa)	Vuelo Número de Asiento

**Fecha de Regreso a España:** \_ \_ - \_ - \_ \_ \_ **Vuelo/Número Asiento:** \_ \_ \_ \_ \_

⌚ ¿Ha Visitado algún Centro Sanitario en un País en el que se Han Notificado Hospitalizaciones Asociadas a SARS-CoV-2?

Sí  No  NC

Especificar País, Centro, Motivo: \_\_\_\_\_

⌚ ¿El Paciente es Trabajador Sanitario?

Sí  No  NC

⌚ Si es Afirmativo: ¿Ha trabajado en algún Centro Sanitario en algún País en el que se Han Notificado Hospitalizaciones Asociadas a SARS-CoV-2?

Sí  No  NC

Especificar País, Centro, Motivo: \_\_\_\_\_

⌚ ¿Ha Tenido Contacto con Animales Vivos o Muertos en Mercados, en Países donde el SARS-CoV-2 está Circulando?:

Sí  No  NC

⌚ ¿Ha Tenido Contacto Estrecho con Enfermo de Neumonía procedente de Zona Riesgo?:

Sí  No  NC

**Fecha del Último Contacto:** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**Datos de Laboratorio**

Toma de Muestras: Sí:  No:  Envío a CNM: Sí:  No:

**Número Muestra:** Laboratorio Origen: \_\_\_\_\_ CNM: \_\_\_\_\_

**Fecha de Toma de Muestra:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Pruebas de Laboratorio Realizadas para la Identificación de Otros Patógenos:**

Patógeno	+	-	Pendiente	No Realizado	Fecha Toma de Muestras
Influenza					
VRS					
Metapneumovirus Humano					
Virus Parainfluenza					
Adenovirus					
Rhinovirus/Enterovirus:					
Coronavirus (No 2019-nCoV)					
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>					
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>					
<i>Legionella pneumoniae</i>					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>					
Otros Patógenos:					

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**Muestras para SARS-CoV-2:**

Tipo de Muestra	Sí	No	Fechas de Envío/Resultado	Resultado
<b>Muestras Respiratorias</b>				
Tracto Respiratorio Superior				
Tracto Respiratorio Inferior				
<b>Otras Muestras:</b>				
Suero (1)				
Suero (2)				
Sangre Completa				
Heces				
Orina				

**Categorización del Caso**

**Clasificación del Caso:**

En Investigación:  Probable:  Confirmado:  Descartado:

**Código de Identificación del Caso:** 07 / 20 / \_ \_ \_

Caso Importado: Sí:  No:  País: \_\_\_\_\_

🕒 Asociado a Brote: Sí:  No:  Número de Brote: \_\_\_\_\_

**Código de Identificación del Brote:** 07 / 20 / \_ \_ \_

**Asignación del Caso:**

Municipio: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

**Anexo 1. Encuesta Epidemiológica de Caso en Investigación o Confirmado de Infección por Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2)**

**Datos de Declaración del Caso**

**Fecha de Declaración del Caso:** \_ \_ - \_ - \_ \_ \_ \_

**Médico que Declara el Caso:** \_\_\_\_\_

**Centro Sanitario:** \_\_\_\_\_ **Servicio:** \_\_\_\_\_

**Municipio:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_